

FIBROMES KYSTIQUES ^{N° 69}

DE L'UTÉRUS

THÈSE

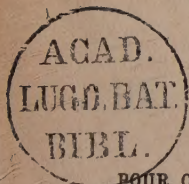
Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 21 JUILLET 1900

PAR

J. PAVLITIS

Né à Philippople (Bulgarie)



POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI

HAMELIN FRÈRES

1900

A MES SŒURS

J. PAVLITIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A titre de reconnaissance pour ce que j'ai vu
et ce que j'ai appris dans son service.

J. PAVLITIS.

INTRODUCTION

On trouve parfois dans la littérature médicale, pas trop ancienne, certaines tumeurs désignées sous le nom de fibromes kystiques, myomes kystiques, kysto-myomes de l'utérus, des néoplasies dont le nom serait déjà une description, s'il n'y avait pas là un abus de langage, et dont les traits principaux sont, d'une façon générale, la présence dans leur intérieur, de cavités, et leur volume considérable. Si l'on prend la peine de lire quelques-unes de ces observations publiées ayant trait à ces tumeurs et en tête desquelles figure le mot kyste, on voit que, la plupart du temps, il n'y en a pas trace.

On y trouve des cavernes, des espaces anfractueux, vides ou remplis, dont le contenu peut être fort variable, mais on n'y trouve pas de kystes avec leurs caractères principaux : une paroi propre et un épithélium ou endothélium, comme le veulent Cornil et Ranvier. Depuis que le premier chirurgien, en constatant dans un fibrome utérin la présence de cavités, a prononcé le mot de kyste, le mot a été repris par tous ceux qui venaient après, et, de cette façon, on en est venu à étudier jusqu'à nos jours, sous une dénomination fautive, des processus divers de transformation régressive, de nécrobiose, etc.,

qui se passent dans ces tumeurs, si fréquentes, et qui n'ont rien à faire avec les kystes.

Cependant, les véritables kystes existent, et nous avons en vue plus particulièrement les kystes à épithélium, mais leur étude est tout à fait récente. Ils ont été entrevus par les anciens maîtres, mais leur structure, leur pathogénie, leur étiologie leur avaient échappé. On ne peut pas leur en vouloir, parce que ce n'est que grâce aux progrès et aux artifices de préparation innombrables de l'anatomie pathologique moderne, qu'on a pu mettre en évidence sur les parois parfois lisses de ces cavités la présence d'un épithélium, y trouver une structure qui, après avoir servi à créer différents types, a pu, avec l'aide de l'embryologie, mettre sur la voie de leur origine, et encore le chapitre des discussions sur leur origine est loin d'être clos. La nature, a-t-on dit, ne va pas par sauts, ni la science non plus. Les fibromes utérins dans lesquels on trouve des cavités doivent être connus depuis fort longtemps. Galien connaissait le fibrome.

L'organisme a toujours été le même, il a toujours été soumis aux mêmes influences, les mêmes causes ont toujours engendré les mêmes effets, et, par conséquent, il se passait dans l'organisme, autrefois, ce qui se passe à l'heure actuelle encore, mais la question n'a attiré l'attention qu'au commencement du siècle, elle n'a été bien exposée qu'à la seconde moitié de ce siècle, elle n'a été serrée de près qu'à une date tout à fait récente.

On peut mesurer, en quelque sorte, les progrès accomplis dans la matière au nombre des lignes que les auteurs consacrent à l'étude de cette question.

Déjà Levret, en 1745 (*Des polypes utérins*, p. 30), parle d'un certain Saviard « qui, au mois d'avril 1696, fut appelé, par une sage-femme, pour voir une femme qu'elle croyait grosse depuis onze mois, que la sage-femme toucha la malade, qu'elle sentit l'orifice de la matrice dilaté, que par cet orifice se présentait l'extrémité d'un corps charnu, de façon que son doigt pouvait tourner autour. La sage-femme et le médecin firent tout leur possible pour pincer ce corps et le tirer hors de la matrice, mais ils n'ont pas pu. La femme mourut d'hémorragie. Saviard dit qu'il en fit l'ouverture et qu'il trouva dans la matrice une masse charnue adhérente au fond, qui était de la grosseur d'un cœur de bœuf et revêtue d'une membrane qui paraissait être une expansion de la tunique interne de la matrice, que ce corps avait un col attaché à la matrice, et que cette masse s'était sans doute accrue par le moyen de quatre branches d'artères et de veines..... Saviard ajoute qu'il fendit cette tumeur et qu'il trouva dans son milieu une cavité... »

Levret discute les traitements des polypes (poulpe) et l'opinion de ceux qui l'ont comparé à l'« insecte marin », dont ils portent le nom.

Baillie (*Traité d'anatomie path. du corps humain*, 1794, traduit 1863, p. 362), dit : « Il y a une autre espèce de polype de la matrice qui consiste dans une masse irrégulière sanguine, avec des parties séparées comme par déchirement. On trouve, dans l'intérieur de ces polypes, deux textures différentes, dont l'une consiste dans une masse spongieuse lamelleuse, l'autre est plus lâche, remplie de plus grandes cavités, sans être lamelleuse... »

Bichat n'en parle pas (au moins je n'ai pas pu le trouver).

Dupuytren (*Clinique chirurgicale*, t. III, 1833, p. 574) parle de polypes, de tumeurs fibro-celluleuses de l'utérus, dans l'intérieur desquels on trouve des cavités qu'il divise en deux variétés. La première variété est représentée par des cavités originelles et organisées. A la seconde appartiennent celles qui sont consécutives au ramollissement. « Deux chirurgiens de l'hôpital St-Louis, Saviard et Boudouc, en 1825, enlèvent une tumeur appartenant à la première variété. Dupuytren, lui aussi, enleva un polype de ce genre.

En décrivant la disposition des cavités, il dit qu'elles sont tantôt lisses et polies, tantôt elles offrent des faisceaux fibreux, saillants comme les colonnes charnues des ventricules du cœur.

La seconde variété est due au ramollissement et les cavités qui en résultent sont remplies d'un liquide sanieux, sanguinolent et puriforme. Parfois même le contenu peut être tellement putride, que Dupuytren dit qu'un chat, qui en avait léché quelques cuillerées tombées sur le carreau, mourut le jour même d'un choléra morbus. Il cite d'autres cas également.

Velpeau (*Recherches sur les cavités closes*, 1842, p. 82), s'exprime de la façon suivante : « Il n'est pas jusqu'aux produits pathologiques eux-mêmes où ne puissent se creuser des cavités closes. Les tumeurs fibreuses, les polypes de l'utérus en particulier, y sont également assez sujets. J'ai vu des corps fibreux de la matrice renfermer tantôt une seule, tantôt un certain nombre de cavités. Toutes les fois que j'y ai trouvé du sérum, la cavité ne différait pas des cavités séreuses sous-cutanées, des cavités closes ganglionnées, c'est-

à-dire que leurs parois faisaient nettement partie du tissu du polype... »

Kiwisch (über Pathologie und Therapie der krankheiten der weibl. Geschlechtsorgane, tome I, p. 348, Prag, 1845) parle de fibromes excessivement vascularisés susceptibles d'augmenter de volume rapidement.

Cruveilhier (Anat. Path. générale, t. III, p. 652, 1856) fait connaître les fibromes à géodes et les distingue des kystes à parois propres.

Virchow (Geschwülste, t. III, p. 221, chapitre myomes) décrit d'une façon magistrale les différentes modifications que peuvent subir ces tumeurs; décrit le myxo-myome, parle de cavités et de véritables kystes, qu'il considère comme des fibromes composés, et admet la possibilité de dilatations kystiques aux dépens des lymphatiques et décrit la forme télangiectasique.

Koeberle (1869) publie la première observation vraie de fibromes kystiques aux dépens des lymphatiques.

Léopold et Fehling (Arch. f. Gynecologie, Band VII, Berlin, 1875, p. 531) publient un myosarcome lymphangiectode de l'utérus avec un endothélium tapissant les parois des cavités.

En 1883, Babes publie la première observation de kyste revêtu d'un épithélium, et bientôt d'autres observations de ce genre suivent. Un nouveau chapitre d'anatomie pathologique et d'étiologie s'ouvre, les discussions sur les origines de cet épithélium s'engagent, on invoque toutes les théories possibles jusqu'au jour où l'observation de Breus sur l'origine de ces kystes aux dépens des canaux de Gartner d'un côté, et le

travail de Recklinghausen sur l'origine de ces kystes à épithéliums aux dépens du corps de Wolff d'un autre côté, ainsi qu'aux dépens des glandes de la muqueuse utérine d'après certains auteurs, viennent établir l'existence d'une autre classe de fibromes avec véritables kystes à côté des fibromyomes kystiques sans parois propres et ceux tapissés d'un endothélium.

Aussi cette division nous a-t-elle paru plus rationnelle et nous acceptons avec Legueu la présence des deux variétés de cavités dans les fibromes de l'utérus, l'une sans parois propres, sans revêtement, l'autre avec une paroi propre avec un revêtement épithélial et un revêtement endothélial; mais, pour simplifier cette étude, nous étudions les cavités endothéliales dans la première partie, et nous étudions à la seconde partie les kystes à épithéliums.

Nous diviserons par conséquent ce travail en deux parties. Dans la première, nous étudierons les cavités de fibromes de l'utérus qui prennent naissance, d'après la majorité des auteurs classiques :

- 1° Par ramollissement, œdème (type Cruveilhier).
- 2° Par dégénérescence graisseuse.
- 3° Par épanchement sanguin.
- 4° Par dégénérescence sarcomateuse et surtout par lymphangiectasie (type Koeberlé, Léopold et Fehling), tapissées d'un endothélium.
- 5° Partélangiectasie ou tumeurs caverneuses érectiles (type Kiéwich Krewch, Virchow) tapissées d'un épithélium).
- 6° Par dégénérescence myxomateuse (type Virchow, Pillet).

Dans la seconde partie, nous étudierons les kystes, les véritables kystes épithéliaux, tels qu'on les doit accepter aujourd'hui, aux dépens des canaux de Gartner, aux dépens des corps de Wolff et aux dépens des glandes de la muqueuse.

Nous nous bornons là. On trouvera l'historique, la pathogénie, etc., dans les chapitres correspondants.

FIBROMES KYSTIQUES

DE L'UTÉRUS

PREMIÈRE PARTIE

FIBROMES KYSTIQUES DE L'UTÉRUS A KYSTES NON REVÊTUS D'UN ÉPITHÉLIUM

PREMIÈRE VARIÉTÉ

Fibromes-kystiques par œdème et ramollissement

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE. — Il y a une première variété de fibromes kystiques due à l'œdème à l'infiltration séreuse, au ramollissement. Le fait que l'infiltration séreuse peut donner naissance à des cavités dans le tissu des fibromes a été observé et décrit par Cruveilhier en 1856. Il s'est même servi de ce processus pathologique pour bien étudier la structure des fibromes, dit-il, et cet œdème révèle, d'après lui, « les variétés de structure de ce corps, mieux que ne le ferait la dissection la plus soignée. » Il avait constaté que les corps fibreux

œdémateux présentaient un grand développement des veines, qu'il vit, fait important, oblitérées par phlébite adhésive, par conséquent il « range cet œdème à la catégorie des œdèmes par oblitération des veines. » La sérosité infiltrée dans les parties les moins denses sépare celles qui sont plus denses, le ramollissement survient, et il se produit de cette façon des cavités que Cruveilhier a appelé géodes, terme qu'il a emprunté à la minéralogie. Ces géodes sont dépourvus de parois propres, ils sont anfractueux, contiennent ou ne contiennent pas de liquide qui est de la sérosité. Il insiste même sur la différence qu'il faut faire entre ces géodes et les kystes qu'il avait vu dans les fibromes « mais indépendamment de ces géodes, dit-il, il se développe quelquefois dans l'épaisseur du corps fibreux de véritables kystes réguliers, constitués par une membrane lisse, susceptible d'être démontrée par la dissection. » En somme, Cruveilhier a décrit d'une façon des plus complètes les kystes par ramollissement et a entrevu les kystes et épithélium. S'il avait disposé des mêmes moyens que de nos jours sa description n'aurait rien laissé à désirer.

Après Cruveilhier, c'est Virchow (*Traité des tumeurs*, t. III, p. 291, Myomes) qui, en étudiant ce mode de production de cavités dans les fibromes, confirme la manière de voir de Cruveilhier, mais il complète sa conception en faisant connaître le myxo-myome. Virchow distingue deux variétés de ramollissement, il y a une première variété dans laquelle en même temps que de l'infiltration séreuse, il y a aussi un processus de prolifération, car on y trouve « des cellules arrondies renfermant plus ou moins de noyaux ayant la forme et le volume des corpuscules muqueux ou de grands corpuscules lymphatiques, le liquide contient de la mucine. Les cellules rondes subissent plus tard la métamorphose graisseuse, passent à l'état de cellules granuleuses et alors commence une désagrégation qui peut conduire au ramollissement. »

La seconde variété se distingue par l'absence de prolifération appréciable, « les fibres musculaires s'atrophient, tandis qu'elles persistent en grand nombre dans les myxo-myomes, le tissu connectif se transforme en masses molles qui se dissolvent peu à peu et il se forme de petites lacunes, isolées, remplies d'un liquide lymphatique, clair, jaunâtre, mais non circonscrits par des parois lisses. »

Dans l'esprit de Virchow, c'est cette variété qui correspond aux géodes de Cruveilhier.

Klob (*Monatschrift f. Geburtskunde* Bd 23), s'exprime ainsi « le tissu conjonctif unissant, très riche en suc, qui se trouve entre les nodules, est œdémateux au plus haut degré, infiltré d'un liquide verdâtre, filant et dissocié. Au milieu de tout fibroïde, il s'établit une cavité à la suite d'un hydrops ou d'une métamorphose gélatineuse à partir du centre avec liquéfaction ultérieure, et production d'un liquide séro-albumineux. »

Ces idées, quoique un peu vieilles, conservent encore toute leur valeur et on n'a rien ajouté à ces descriptions.

Schroeder (*Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*) s'exprime de la même façon. Là-dessus tout le monde est d'accord.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les cavités qui prennent ainsi naissance sont dépourvues de membrane propre, elles sont anfractueuses, à parois plus ou moins déchiquetées. Ces dernières sont constituées par du tissu propre de la tumeur, c'est-à-dire par des travées conjonctives et musculaires qui traversent parfois ces pseudokystes de part en part (Schroeder). Elles ressemblent plutôt à une véritable cavité cardiaque (la comparaison est de Dupuytren), et comme dit Virchow on a affaire plutôt à des cavernes qu'à des poches kystiques. Les parois sont parcourues de vaisseaux parfois dilatés

ou variqueux et leur altération donne naissance très souvent à des hémorragies multiples et parfois assez graves. Le liquide contenu dans la cavité prend une coloration rouge ou brune, suivant le degré de destruction des globules rouges.

La disposition de ces cavités n'est soumise à aucune règle fixe, comme nombre et comme dimensions. Elles peuvent être très nombreuses et alors la plupart du temps elles paraissent plus petites; dans d'autres cas le centre de la tumeur peut être occupé par une cavité très grande remplie de liquide et l'accroissement de cette cavité se fait par résorption lente des parois qui séparaient les petits kystes au début. Dans d'autres cas il y a une grande cavité qui occupe le centre et tout autour de celle-ci on trouve une infinité d'autres plus petites. Il est très rare d'y trouver du pus.

ETIOLOGIE. — Comme étiologie, nous avons cité l'opinion de Cruveilhier; on invoque le volume considérable de ces fibromes, surtout si l'on songe que beaucoup de ces fibromes kystiques sont des fibromes lymphangi-ectasiques, comme nous le dirons plus tard. Le poids de ces tumeurs entrave la circulation dans les vaisseaux efférents, ce qui entraîne la stase et l'infiltration séreuse. Les rapports de lymphatiques avec le tissu conjonctif expliquent cette particularité. Le ramollissement des fibromes s'observe également pendant la grossesse. Cornil a signalé des îlots mortifiés dans les myomes d'utérus gravides, ramollis, et qui sont dus à la compression qu'exercent sur eux les faisceaux hypertrophiés du myome. La grossesse exerce également une action considérable sur les extravasats sanguins qui peuvent se produire dans les pseudo-kystes. Virchow cite le cas de Hecker: il s'agissait d'une femme âgée de trente-trois ans et mariée depuis quatorze ans, n'ayant jamais conçu auparavant, mais qui était

priserégulièrement de douleurs au moment de la menstruation; elle eut un commencement de grossesse très douloureux. — Gestation normale — on dut faute de contractions, terminer l'accouchement à l'aide du forceps sans difficultés. L'utérus se rétracta d'abord bien, mais il fut distendu de nouveau par une violente hémorragie, mort par péritonite six jours après l'accouchement. L'utérus pesait 1,140 gram., renfermait plusieurs fibroïdes. L'un d'eux situé à la face postérieure avait 12 cm. de long, il renfermait une large cavité remplie d'un liquide rouge brun, composé de débris sanguinolents de tissu, etc. —

On a vu la torsion du pédicule de la tumeur donner naissance à des kystes par stase (Schoeder).

DEUXIÈME VARIÉTÉ

Fibromes kystiques par épanchements sanguins

Un épanchement sanguin primitif en dissectant des faisceaux peut déterminer les productions de pseudo-kystes.

TROISIÈME VARIÉTÉ

Fibromes kystiques par dégénérescence graisseuse

La dégénérescence graisseuse peut également donner naissance à des cavités. Cette dégénérescence qui peut frapper parfois le fibrome dans sa totalité s'observe surtout dans les tumeurs interstitielles. Dans certains cas, elle peut se transformer en une bouillie graisseuse chez les accouchées. (Sichroeder). Les fibres musculaires subissent une transformation régressive comparable à l'involution puerpérale de l'utérus. Cette dégénérescence peut aboutir soit à une régression com-

plète de la tumeur (ce qui est rare), soit à la production de foyers de ramollissement et de cavités (Schroëder, Virchow).

QUATRIÈME VARIÉTÉ

Par dégénérescence sarcomateuse et ectasies lymphatiques

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE. — Une autre variété de kystes est celle qui se rencontre dans les fibromes ayant subi la dégénérescence sarcomateuse. Quelle que soit l'opinion des anatomo-pathologistes sur le mode de cette dégénérescence, qu'il s'agisse d'un processus débutant par le tissu conjonctif interstitiel, comme le veulent Virchow, Cornil, Ranvier, etc., ou qu'il s'agisse d'un processus ayant l'endothélium des vaisseaux pour point de départ, comme le croit Pilliet, ou d'une transformation directe de la fibre musculaire en cellule sarcomateuse, les kystes qu'on rencontre dans ces néoplasmes sont très fréquents, comme est fréquente la dégénérescence sarcomateuse elle-même. Les kystes reconnaissent plusieurs causes et leur pathogénie est multiple. Les uns reconnaissent pour cause la structure même du sarcome. Nous savons, en effet, que les vaisseaux du sarcome sont pourvus d'une tunique excessivement mince, tellement mince que Cornil et Ranvier disent qu'il est extrêmement difficile d'isoler un de ces vaisseaux; vu la ténuité de leurs parois, on comprend sans peine la production d'hémorragies et la naissance de certains espaces d'apparence kystique, d'autres kystes reconnaissent pour cause la dégénérescence dont le tissu sarcomateux peut être frappé. Le sarcome subit très souvent la dégénérescence granulo-graisseuse ou muqueuse, d'où résulte le ramollissement partiel de la tumeur et la production de kystes dont le contenu peut être des détritits du

sang, des granulations graisseuses, etc. Si l'on accepte les idées de Pilliet et d'Amann, etc., sur le processus pathogénique qui transforme le fibrome en sarcome, les cellules endothéliales des vaisseaux se multiplient, oblitèrent la lumière du vaisseau, amènent de l'ischémie, de la nécrobiose et la production de cavités. Plus tard, un certain nombre de ces cavités peuvent se fusionner et former un grand kyste. Ces cavités kystiques ont des parois irrégulières, anfractueuses et dépourvues d'un revêtement endothélial. Elles sont constituées par la substance propre de la tumeur. Leur contenu varie en quantité et en qualité, suivant le degré de dégénérescence auquel on examine la tumeur. La quantité de sang épanchée peut être assez forte.

Parfois, il se produit un développement des vaisseaux tel, que le sarcome devient télangiectasique, ce qui favorise les épanchements sanguins et la production consécutive de cavités.

Mais le plus grand nombre de kystes qu'on rencontre dans les sarcomes est dû à la dilatation des lymphatiques. Cette fréquence est tellement grande, qu'on a dit que tous les fibromes dans l'intérieur desquels on trouve des lymphatiques dilatés, on doit les considérer comme des sarcomes; d'ailleurs, Gusserov pense que la plupart des tumeurs fibrokystiques sont lymphangiectasiques. Sous ce rapport, le cas de Zweifel est démonstratif. L'idée que le grand nombre de cavités qu'on trouve dans les fibromes est dû à l'ectasie lymphatique n'est pas neuve, Cruveilhier avait l'air d'accepter la production de kystes par dilatation des voies lymphatiques, Virchow également; mais c'est à Kœberle (1869) que revient l'honneur d'avoir formulé le premier l'opinion d'une façon positive et d'avoir fourni la première observation; peu après, parut l'observation de Léopold et de Fehling (1875). A l'heure actuelle, le nombre de ces cas est assez grand. Ce

qui avait empêché de penser à la participation des lymphatiques, c'est la difficulté qu'on éprouve d'y révéler la présence de l'endothélium lymphatique qui se détruit rapidement et surtout sous l'influence des artifices de préparation. La présence de cet endothélium indique l'origine du kyste, mais son absence n'exclut pas cette même origine. Nombreux sont les cas où l'on avait cru avoir affaire à des kystes par ramollissement et qu'on avait fini par reconnaître comme étant d'origine lymphatique.

Cruveilhier croyait que les corps fibreux étaient dépourvus de lymphatiques.

Des kystes lymphatiques en général peuvent prendre naissance de diverses façons, et Wegner (*Arch. f. klin. Chirurgie*, XX, 1877, s. 641) admet pour les tumeurs lymphatiques trois modes de production : 1° par dilatation des voies lymphatiques préexistantes avec néoformation d'éléments de leurs parois — ectasie avec hyperplasie déterminée par stagnation de la lymphe ; 2° par prolifération active de l'endothélium des lymphatiques et production d'amas cellulaires entre lesquels il se forme des cavités, et qui deviennent plus tard des vaisseaux lymphatiques — néoplasie homéoplastique ; 3° par production d'un tissu de granulations aux dépens du tissu conjonctif, qui, par transformation secondaire de ces granulations, donne naissance à d'autres vaisseaux lymphatiques.

Langhans (*Arch. de Virchow, f. Path. Anatomie*, Bd 73, s. 299) repousse complètement l'idée de la stase, et voit la cause de ces productions dans les parois mêmes du vaisseau.

Tilger (*Virchow, Arch. f. Path. Anatomie*, 1895, Bd 139, s. 288) considère les vaisseaux lymphatiques comme le point de départ direct et immédiat de ces kystes. Il ne s'agirait plus d'un processus secondaire, mais il le considère comme une lymphangite chronique desquamative par prolifération de l'endothélium, par dilatation mécanique consécutive, et par

oblitération. Mais, en ce qui concerne le sarcome plus particulièrement, Léopold et Fehling les attribuent à l'entrecroisement des fibres musculaires à angle droit, à l'épaisseur de la capsule, et en dernier lieu au volume énorme qu'acquièrent ces néoplasmes et qui, par leur poids, déterminerait de la stase par compression des troncs lymphatiques afférents dans le ligament large.

Zweifel n'est pas du même avis, il pense plutôt que ni la stase, ni le peu de résistance des parois ne peuvent conduire à la formation des kystes, mais qu'on doit incriminer un processus hyperplastique et hypertrophique des cellules des parois.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne parlerons pas de la structure du sarcome.

Ce sont des tumeurs qui peuvent atteindre un volume énorme (on en a signalé jusqu'à 70 kilos) et arriver à remplir toute la cavité abdominale. Elles s'accroissent avec une très grande rapidité, vu leur malignité. La tumeur bosselée peut être parfois lisse, sans proéminences bien accentuées.

A la coupe, on la voit parfois criblée de cavités dont le nombre et les dimensions varient, à côté de cavités microscopiques, on en rencontre de très grandes, quelques-unes paraissent comme de simples lacunes, d'autres, et de préférence les plus petites ont des parois lisses, revêtues d'un endothélium qu'on peut mettre en évidence en traitant par l'azotate d'argent par exemple. Mais leurs parois peuvent être anfractueuses, déchiquetés, car la cavité peut s'agrandir par dégénérescence graisseuse des parois et former des kystes comparables à ceux par ramollissement. Il est évident que dans ce cas l'endothélium est détruit. Cette particularité a fait considérer plus d'une tumeur lymphangiectasique comme une

tumeur fibro-kystique par ramollissement et justifie en partie l'opinion de Gusserow.

La lymphangiectasie peut n'intéresser qu'une partie seulement de la tumeur, ou toute la tumeur. A côté des lymphatiques ectasiés, on rencontre parfois une disposition télangiectasique caverneuse due à la dilatation des vaisseaux sanguins et sous l'influence de la même cause; volume énorme de la tumeur et compression des vaisseaux.

Il est difficile d'établir un rapport entre ces espaces kystiques lymphatiques et les vaisseaux lymphatiques.

Le contenu de ces espaces varie et peut être de la lymphe pure, ou mélangée à du sang, etc. ; mais nous n'insisterons pas sur les caractères de ce contenu et sur la valeur qu'on avait voulu leur attribuer au point de vue du diagnostic, car cette théorie ne s'est pas justifiée.

CINQUIÈME VARIÉTÉ

Fibromes télangiectasiques ou tumeurs caverneuses érectiles

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE. — Cette forme a été bien vue par Kiwisch 1845, et par Cruveilhier, car il parle de fibromes « dans lesquels la vascularisation est telle qu'on serait tenté de leur donner le nom de tumeurs fibreuses sanguines et même celui de tumeurs érectiles. » Ces vaisseaux ne paraissent être autre chose que des veines, parce que Cruveilhier bannissait des fibromes d'une façon absolue, les artères, les lymphatiques et les nerfs.

Klob (*Path. Anatomie der weiblichen Sexualorgane*) parle d'une ectasie caverneuse grande de 2 cm. dans la paroi postérieure de l'utérus qu'il fait provenir de l'insertion du placenta en cet endroit et de sa régression défectueuse.

Virchow (*Geschwulste*) décrit un certain nombre de ce genre de tumeurs. En parlant de la vascularisation des fibromyomes il dit que parfois les vaisseaux peuvent être dilatés et très nombreux, de sorte qu'ils donnent naissance à de vrais myomes télangiectasiques ou caverneux. D'après cet auteur, cet état caverneux se rencontre dans les fibromyomes mous et riches en tissu musculaire, opinion acceptée par Klebs également. Le type de cette forme se rencontre dans les grandes tumeurs intra pariétales et la grossesse exerce une action manifeste sur cet état. Les vaisseaux dilatés sont pour la plupart des veines «... par places ils ressemblaient au corps caverneux du pénis, ailleurs ils étaient plus grands et on pouvait suivre à l'œil nu le trajet sinueux et un chapelet de ces vaisseaux dilatés la plupart veineux. (Virchow).

Klebs (*Handbuch der pathologischen Anatomie erste Lieferung*, 1868, p. 886) distingue deux variétés d'ectasies vasculaires, l'une passive qu'il a observé dans le voisinage des myomes et une autre active au sein de la tumeur «... il y a parfois un développement de vaisseaux ectasiés au sein des tumeurs de caractère actif qui paraît s'attacher à la formation de la tumeur. » Klebs considère les vaisseaux comme des capillaires.

A une époque plus rapprochée de nous c'est Léopold (*Archiv f. Heilkunde*, Bd XIV) qui a bien décrit ce genre de tumeurs à propos d'un cas qu'il a eu l'occasion d'observer. La tumeur était colossale, elle ressemblait dans son intérieur à une masse spongieuse et les parois des cavernes ne présentaient nulle part la structure d'une artère ou d'une veine. On n'a trouvé nulle part de communication de ces cavités avec un vaisseau, mais les cavernes étaient revêtues d'un endothélium. Toutes les cavités étaient remplies de thrombus. Léopold considère les cavités comme des capillaires colossaux.

Schröder (*Handbuch der krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane*) a enlevé lui aussi un myome caverneux.

Fraenkel et Schuchardt (*Archiv f. Gynekologie*, Bd 17) rapportent eux aussi un cas analogue, mais l'observation est discutable.

On peut relever dans la littérature médicale quelques observations encore de ce genre mais elles ne sont pas excessivement nombreuses. Nous donnons plus loin une observation qui appartient à M. H. Rosemann.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue de l'anatomie pathologique, c'est l'élément musculaire qui l'emporte ici sur l'élément conjonctif (Virchow, Klebs, Rosemann). Les cellules musculaires réunies en faisceaux limitent directement la paroi vasculaire qui est représentée par une couche endothéliale. Dans certains endroits le tissu ressemble complètement à un tissu érectile, les lacunes sont séparées par des trabécules musculaires très minces: Virchow compare cet aspect à un véritable tamis. Le volume de ces cavités varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'une cerise, d'après Léopold, elles sont remplies de thrombus. Les fibres musculaires sont douées d'un haut degré de contractilité (Virchow, Klebs). La communication de ces cavités avec les vaisseaux n'a pas pu être démontrée (au moins dans certaines observations). L'état caverneux n'occupe en général qu'une seule partie de la tumeur mais on connaît des cas où elle occupait toute la tumeur. A côté de cette ectasie vasculaire on trouve parfois une ectasie de lymphatiques, ce qui a fait dire que toutes les deux variétés reconnaissent la même cause: Ces tumeurs également occupent de préférence la paroi postérieure de l'utérus. Elles sont sujettes à des variations nombreuses de volume qui peuvent devenir le double au moment des règles, p. ex. Cette augmentation de volume qui peut durer des semaines parfois, pour

disparaître après, est due à la plus grande quantité de sang qui afflue surtout quand il y a plus de vaisseaux et en second lieu à la contractilité.

Comme étiologie certains auteurs le considèrent comme un processus secondaire, d'autres comme un processus primitif. Les uns pensent qu'il s'agit d'une dilatation passive, d'autres pensent qu'il s'agit là d'un germe primitif (Voranlage).

SIXIÈME VARIÉTÉ

Kystes par dégénérescence myxomateuse.

Nous avons exposé en étudiant la première variété d'idées de Virchow sur ce sujet et on trouvera plus loin dans l'observation d'Auvray et de Pilliet, les idées de Pilliet sur cette dégénérescence.

Voici les différentes variétés de fibromes kystiques à kystes non revêtus d'un épithélium qu'on peut rencontrer :

En règle générale, les fibromes kystiques de l'utérus acquièrent un très grand volume et constituent les tumeurs les plus volumineuses de la cavité abdominale. Kiewich a vu une tumeur de ce genre remplir toute la cavité abdominale, elle avait pour limite, en bas, le bassin, et l'appendice xiphoïde en haut. M. le professeur Tédénat également, (voyez observ.) Schwarz a enlevé une autre du poids de quarante-cinq livres. Spencer Wels a enlevé une tumeur composée de deux parties, l'une solide, pesant seize livres et l'autre kystique, contenant vingt-six pintes de liquide et en outre, une masse de fibres en décomposition, pesant quatre livres en tout. Heer fait mention d'une tumeur qui pesait quatre-

vingt-une livres et d'une autre de quarante livres. La tumeur que Rein rapporte pesait vingt-cinq livres ; celle de Krasowsky (Petersburger med. Wochenschrift 1876, n° 27) pesait plus de trente-six livres, etc. Rosemann en rapporte une autre de soixante livres.

Elles se développent aux dépens des couches les plus externes de l'utérus et sur la paroi postérieure près du fond, beaucoup plus rarement sur la paroi antérieure et du côté droit plutôt que du côté gauche. Elles sont entourées par du tissu utérin. Parfois elles sont munies d'un pédicule dont l'épaisseur est variable. La consistance de leur tissu indique le degré de ramollissement, au niveau des parties qui ont subi la nécrose de la coagulation il se laisse déchirer facilement.

On a signalé la possibilité de la contraction des parties périphériques au point de rétrécir les cavités creusées dans la substance de la tumeur. La transformation kystique se rencontre plutôt dans les parties périphériques des myomes, et alors on a affaire à une grande cavité (par résorption des cloisons qui séparaient les petites cavités primitives) dont la base est constituée par une tumeur fibreuse reposant sur l'utérus, ou on a affaire à un fibrome contenant plusieurs cavités séparées par du tissu solide.

Les tumeurs évoluent du côté de la cavité abdominale. Heer rapporte deux cas seulement qui ont évolués du côté de la cavité utérine. On connaît également quelques cas de polypes fibreux kystiques, l'un appartient à Th. Lee, l'autre à Heer, et un autre à Andersohn et Edmausohn (Virchow-Hirsch, 1869).

Étant donné cette prédilection de la transformation kystique au niveau des parties périphériques et la présence d'un pédicule parfois long, on conçoit fort bien qu'ils puissent distendre le ventre énormément par la quantité de liquide qui peut s'accumuler dans la cavité et la possibilité de mé-

connaître tout à fait l'origine primitive de la tumeur et croire avoir affaire à toute autre chose que à un kystomyome. Ils peuvent évoluer du côté des ligaments larges en les dépliant, à droite ou à gauche et rendre le diagnostic impossible. Elles contractent des adhérences parfois assez nombreuses et résistantes parcourues de vaisseaux ce qui ajoute encore à la difficulté de l'intervention chirurgicale.

Nous laissons de côté les modifications que subit l'utérus, qu'on trouve dans tous les livres.

Les ovaires parfois sont intacts, augmentés ou diminués de volume, d'autres fois kystiques, ramollis ou ratatinés.

La fréquence de ces tumeurs est difficile à établir, en tout cas elles ne se rencontrent pas très souvent, Koeberlé avouait en 1869 n'en connaître qu'une dizaine de cas. Heer les considère comme de véritables curiosités pathologiques, ce qui ne l'a pas empêché de réunir 70 cas (1874). Mais avant lui, Schroeder (1873) avait réuni 31 cas. Grosskopf en a réuni depuis 1874-1884, 24 cas nouveaux. Depuis lors, on en a publié un nombre assez considérable. Malgré l'opinion de Gusserow qui considère ces tumeurs comme les plus rares de l'utérus, les kystes dans les fibromes doivent se rencontrer bien plus souvent qu'on ne pense, et si on prenait la peine, comme disent Rein et Müller, d'examiner systématiquement tous les fibromes de l'utérus, on aurait trouvé plus d'une fois des kystes.

Nous verrons dans la seconde partie de cette thèse les cas des kystes épithéliaux qu'on y a trouvé.

Au point de vue de l'âge, on les a rencontrés plus souvent entre quarante et cinquante ans, et le moins souvent entre cinquante et soixante ans. Dans une statistique, on trouve 23 cas entre quarante et cinquante ans, et 3 cas seulement entre cinquante et soixante ans, dans une autre statistique,

on trouve 10 cas entre quarante et cinquante ans, et 2 seulement entre cinquante et soixante ans.

On ne peut invoquer aucune considération de constitution, d'antécédents personnels ou héréditaires pour expliquer ces fibromes kystiques.

Péan a prétendu (*Hystérectomie*, 1873) que ces tumeurs sont plus fréquentes en Amérique, probablement parce que c'est là qu'on a fait le plus de laparotomie et qu'on a eu l'occasion de les observer le plus souvent.

On signale, comme durée, la durée de quelques mois à dix ans.

SYMPTOMES

Indiquer une symptomatologie spéciale des fibromes kystiques ce serait en faire le diagnostic, ce qui, à l'heure actuelle, est excessivement difficile.

Ce sont des tumeurs qui donnent naissance à une série de troubles qu'on rencontre dans d'autres maladies de la matrice également, sans particularité aucune.

Au point de vue subjectif, elles donnent naissance à des douleurs, qu'on rencontre dans ces tumeurs plus souvent que dans les kystes de l'ovaire, par exemple.

Au point de vue objectif, les règles sont régulières le plus souvent, les métrorrhagies rares, à cause du développement de la tumeur sur la face postérieure; l'hydrorrhée serait plus fréquente.

Les fonctions de la vessie et du rectum sont normales tant que la tumeur n'a pas trop augmenté de volume; mais lorsqu'elle a acquis un volume considérable, alors elle donne naissance aux troubles qu'on observe du côté de ces appareils

dans les kystes de l'ovaire, elles compriment les uretères et déterminent de l'urémie chronique.

Elles gênent la respiration et déterminent de la dyspnée, rendent le décubitus horizontal très pénible, amènent de l'œdème des membres inférieurs, etc., tous signes trop connus.

Elles attirent l'utérus en haut en se développant, amènent son hypertrophie et la dilatation de sa cavité, mais parfois elles peuvent abaisser l'utérus et rendre le diagnostic encore plus difficile.

La matité, le tympanisme, la fluctuation sont comparables aux mêmes signes déterminés par les kystes de l'ovaire.

A la palpation, elles sont lisses, bosselées, irrégulières ; parfois franchement fluctuantes, parfois on n'a pu constater qu'un simple frémissement.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de ces tumeurs est excessivement difficile, comme d'ailleurs le diagnostic de toutes les tumeurs abdominales. C'est toujours la même boîte à surprises. L'évolution de ces tumeurs dans différentes directions, leur très grand volume qui rend l'exploration difficile, l'absence de tout signe particulier, est cause que le diagnostic a été posé très rarement, et, comme dit Gusserov, c'est par hasard qu'on l'a posé. Dans les cas rares où l'on s'est prononcé en faveur d'un fibrome kystique de l'utérus, il n'y avait pas plus de raison de penser à une tumeur de ce genre qu'à un kyste de l'ovaire et, en effet, c'est avec un kyste de l'ovaire que l'on a confondu le plus souvent. On a vu des maîtres de la science, après un examen des plus minutieux et des plus complets, poser carré-

ment le diagnostic de kyste de l'ovaire, ouvrir la cavité abdominale dans la conviction absolue de tomber sur un kyste de l'ovaire et... se trouver aux prises avec une énorme tumeur fibro-kystique de l'utérus, ce qui change le tableau du tout au tout, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Sur 24 cas réunis par Grosskopf, le diagnostic exact n'a été posé que 11 fois seulement: sept fois on avait pensé à un kyste de l'ovaire, 2 fois à un simple fibrome et 2 fois on s'est abstenu de poser un diagnostic. En effet, vu l'extrême difficulté qu'on rencontre, le silence devient d'or et le chirurgien le plus habile a l'obligation morale de se tromper.

Si le diagnostic est difficile pour les fibromes-kystiques non pédiculés il devient beaucoup plus difficile lorsque ces derniers sont munis d'un pédicule parfois long, qui fait qu'il est impossible de déterminer le point de départ de la tumeur. Cette dernière peut évoluer également latéralement, elle refoule alors l'utérus et simule à s'y méprendre les tumeurs ovariennes; elle peut basculer dans le cul-de-sac rétro-vaginal et devenir cause d'autres erreurs. Dans certains cas, elles se développent tellement qu'on n'a pas pu délimiter le bord inférieur du foie, sans compter qu'on peut confondre avec un kyste hydatique du bassin (Virchow), etc., etc.

La persistance des règles peut faire éliminer l'idée de grossesse, les fibromes ordinaires ne s'accroissent pas avec la même rapidité et n'atteignent pas ce volume.

Mais les kystes de l'ovaire se comportent au point de vue de la forme, du refoulement de l'intestin, de la résistance, de la fluctuation, du tympanisme comme les fibromes-kystiques.

Les hémorragies et l'hydrorrhée ne présentent rien de particulier et c'est à juste raison que Olshausen les considère comme des signes secondaires. Fränkel a voulu se baser

sur la dysménorrhée et les métrorrhagies, surtout s'il y en avait au commencement de la maladie et si elles ont cessé avec l'accroissement de la tumeur. Les douleurs qu'on avait considérées comme un signe de fibrome-kystique, malgré leur fréquence plus grande dans ce genre de tumeurs, ne présentent cependant rien de particulier non plus.

D'après Olshausen, on peut se baser sur les signes suivants pour poser le diagnostic de fibrome-kystique de l'utérus :

- 1° Accroissement lent ;
- 2° Possibilité de sentir des masses fibreuses solides entre les parties fluctuantes ;
- 3° Fluctuation moins nette ;
- 4° Élévation de l'utérus ;
- 5° Souffle vasculaire ;

Mais le premier de ces caractères n'est pas constant ; on a vu de ces tumeurs augmenter très rapidement de volume et il ne faut pas oublier que certaines de ces tumeurs sont des sarcomes. Schwarz rapporte, par exemple, un cas où la tumeur s'est accrue très rapidement.

La constatation de parties dures entre des parties fluctuantes est un signe excellent, mais il n'est pas toujours possible à constater.

La fluctuation qui serait moins nette, d'après l'auteur précité, dans les fibromes kystiques de l'utérus, est difficile à apprécier, car il ne s'agit que de question de nuances.

L'élévation de l'utérus a été observée dans certains cas, mais elle a manqué dans d'autres.

Le souffle vasculaire existe, mais parfois il peut faire défaut, d'ailleurs, quand même il existerait dans tous les cas, qu'il ne pourrait pas être considéré comme un signe certain, même de fibrome simple.

Le siège de la tumeur sur la face postérieure de l'utérus ne peut pas être pris en très sérieuse considération, car les

kystes de l'ovaire refoulent parfois l'utérus en bas et en avant. Du reste, on a observé des fibromes kystiques sur la paroi antérieure de l'utérus également.

L'adhérence de la tumeur à l'utérus peut manquer parfois, mais même lorsqu'elle existe, n'est pas un signe facile à distinguer, parce que les kystes de l'ovaire s'appliquent parfois tellement contre l'utérus, qu'il n'est pas possible de constater la séparation des tumeurs.

La mobilité moins facile de ces tumeurs et les douleurs que provoquerait toute tentative de mobilisation qu'on rencontre dans certaines observations, sont des signes relatifs.

On a signalé la possibilité de transmettre la fluctuation de la tumeur au col, que le doigt appliqué sur le col sentirait facilement; mais dans les tumeurs à pédicule long, dans les cas, c'est-à-dire, où ce signe aurait eu le plus de valeur, il manque justement.

L'augmentation de volume de l'utérus n'est pas un fait constant.

L'augmentation de sa cavité est difficile à constater parfois.

Le toucher rectal peut rendre des services, mais dans les cas seulement où la tumeur s'est développée aux dépens de la paroi postérieure de l'utérus.

On trouve en plus les mêmes signes que dans les kystes de l'ovaire : dilatations veineuses des parois abdominales antérieures, dyspnée, troubles vésicaux et rectaux, varices, œdème des membres inférieurs, etc., etc.

Evidemment, c'est sur l'ensemble des signes qu'on se basera pour différencier les deux variétés de tumeurs, mais ces signes, isolés ou réunis, se rencontrent aussi bien dans l'un que dans l'autre cas. Malgré ces difficultés, M. le professeur Tédénat a pu poser, cependant, le diagnostic (voir observations I et II).

On a voulu poser le diagnostic de ces tumeurs en se basant sur les caractères et les propriétés du liquide contenu dans ces tumeurs, et qu'on aurait retiré par la ponction. On a dit que ce liquide se coagule très rapidement et en masse, en l'air. Le fait avait déjà été observé en 1864 par Spencer Wells, et en 1869 par Kœberlé; mais il n'a été indiqué comme signe pathognomonique que par Atlee (*General and Differ. Diagnostic of ovarian Tumours*, 1873, p. 289, 464). Outre que la qualité du liquide n'est pas toujours la même, Spencer Wells a signalé le même caractère dans certains kystes de l'ovaire, dès lors le signe a perdu beaucoup de sa valeur. La présence dans le liquide d'éléments constitutants du tissu de l'utérus, fibres musculaires et conjonctives, n'a été constatée que très rarement. Par conséquent, la ponction n'a pas la valeur que lui avaient attribuée Atlee, Léopold, Schwarz.

Atlee n'a pu poser le diagnostic par ce moyen que 5 fois seulement. D'ailleurs, la ponction faite même à l'aide d'un trocart très fin, est considérée par Schröder comme beaucoup plus dangereuse dans ces tumeurs que dans toutes les autres.

Par conséquent, il n'y a aucun symptôme sur lequel on puisse se baser pour trancher la question. Il y a quarante ans que Virchow écrivait que le diagnostic de ces tumeurs est fort difficile, et, de nos jours encore, il en est de même.

Nous considérons comme les meilleurs signes, la situation médiane de la tumeur, la présence de parties solides et de parties fluctuantes, l'impossibilité de sentir l'utérus comme tumeur à part et la ponction, surtout la ponction. Si l'on a constaté la rapidité de la coagulation, même dans les kystes de l'ovaire, en tout cas le fait a été constaté exceptionnellement. Nous ne voulons pas évidemment faire de la ponction un signe pathognomonique, mais elle constitue un moyen très utile de diag-

nostic, d'autant plus qu'on peut trouver dans le liquide des éléments constitutants de tissu utérin.

D'autres auteurs (Rein), en désespoir de cause, ont proposé d'enlever à l'aide d'une lancette-trocart un fragment de la tumeur, afin de l'examiner. Nous ne connaissons aucun cas où la chose ait été tentée.

Quant au diagnostic différentiel avec les autres tumeurs qui pourraient donner le change, nous n'en parlerons pas et pour cause.

En ce qui concerne la transformation sarcomateuse avec production kystique, on trouve en dehors des signes d'un fibrome préexistant une exagération brusque de ces signes, des pertes fétides, la rapidité de l'accroissement du fibrome, le changement de la forme et de la consistance de la tumeur, l'amaigrissement rapide et la cachexie.

Lorsqu'on ne peut pas poser de diagnostic, alors, d'après la fameuse phrase d'un des princes de la science, « on ouvre le ventre et on voit ce que c'est. »

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de ces tumeurs n'est pas précisément bien favorable; vu leur volume énorme, on comprend aisément le trouble qu'elles déterminent et la nécessité de l'intervention chirurgicale. Si les fibromes ordinaires ont, pour ainsi dire, pour mission pathologique de s'arrêter, en général, dans leur évolution, des fibromes kystiques ont pour mission, au contraire, de s'accroître constamment, propriété qui les caractérise essentiellement des fibromes ordinaires. En évoluant dans toutes les directions ils déterminent des troubles de tous côtés par l'obstacle qu'ils apportent à l'accomplissement

normal des fonctions de la vie et plus particulièrement du côté de l'excrétion urinaire. En déterminant de la dyspnée, ils empêchent le repos dont les malades ont grand besoin. Par les hémorragies dont ils deviennent cause, il amènent l'anémie des malades avec toutes ses fâcheuses conséquences. Par les douleurs qu'ils provoquent, ils mettent le malade dans un état de souffrance continuelle, et l'ensemble de tous ces troubles ne tarde pas à amener la cachexie et la mort. L'histoire clinique de ces néoplasies se résume en deux mots, développement constant et considérable, et mort dans la cachexie et le marasme. Ce n'est pas évidemment la gravité du cancer, Cruveilhier prétendait que les fibromes mettent la femme à l'abri du cancer, mais souvent c'est du sarcome, ce qui est, à peu de choses près, la même chose.

La gravité de ces tumeurs se trouve augmenté encore par les difficultés que présente le diagnostic et par les difficultés que présente l'intervention chirurgicale. Les adhérences nombreuses qu'on peut rencontrer parfois, la peine que le chirurgien éprouve à manier la tumeur appartiennent au nombre de ces difficultés, sans compter la gravité de l'opération (hystérectomie) elle-même.

Enfin ces tumeurs peuvent suppurer et se rompre.

Ce n'est pas le cancer, mais elles tuent presque avec la même sûreté que ce dernier, si l'on intervient pas.

On a signalé un cas de guérison par l'ergotine (Dean, *Boston med. and surg. Journal*, VIII, 4, p. 100, janvier). La ponction a été faite un certain nombre de fois, mais sans résultats bien brillants. Léopold rapporte 11 cas où elle a été faite au point de vue thérapeutique, et, sur ces 11 cas, 10 fois la mort est survenue à la suite de cette intervention, et il n'y a qu'une malade de Frankenhauser qui l'a échappé. La ponction, sans présenter de nos jours les mêmes inconvénients qu'en 1873 présente cet inconvénient, c'est qu'on retire le sérum du

sang, et la ponction n'empêche pas le liquide de se produire. Comme on est obligé de faire quelque chose on la fait, mais le véritable traitement c'est l'hystérectomie abdominale.

OBSERVATIONS

Observation I

(PROFESSEUR TÉDENAT)

Diagnostic posé

Myome kystique inclus. — Ponctions multiples ayant donné jusqu'à 25 litres l'une.
Hystérectomie totale. — Guérison.

(Observation recueillie par M. SPATHAROS)

Mad. J. B..., cinquante ans, fortement constituée, sans maladie antérieure grave. Réglée à douze ans régulièrement. Mariée à vingt ans. Accouchements normaux à vingt-trois, vingt-cinq, vingt-huit ans. Depuis l'âge de trente-cinq ans, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes, toujours régulières, mais elles durent cinq ou six jours, au lieu de trois ou quatre. — Il y a un an, augmentation rapide du volume du ventre, les règles deviennent bien moins abondantes. Un médecin diagnostique un kyste de l'ovaire. On a fait cinq ponctions dans les six derniers mois. Les premières donnaient de 5 à 8 litres de liquide légèrement brunâtre qui se coagulait partiellement ; l'avant-dernière a donné 25 litres, la dernière, faite il y a trois semaines, a donné 15 litres. La malade s'est amaigrie, affaiblie. Elle est pâle, a peu d'appétit, a le facies des grosses tumeurs ovariennes.

Le 30 novembre 1891, à son entrée : Ventre énorme, arrondi, matité partout, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis et dans les flancs. Là il n'existe aucune sonorité pour si en arrière qu'on se porte, et pourtant M. Tédénat nie l'ascite ; le liquide lui paraît bien enkysté. Le toucher vaginal montre le col allongé (3 centim.), dur, le corps utérin ne peut être identifié et se perd dans la tumeur liquide. La sonde pénètre à 8 centimètres. A cause des antécédents (menstruations abondantes, croissance rapide de la tumeur coïncidant avec une diminution des menstrues, liquide brunâtre se coagulant sponta-

nément) et des constatations actuelles, M. Tédénat diagnostique un myome kystique et, à cause de la disparition de toute mâtité dans les flancs, croit la tumeur incluse dans les ligaments larges. On ne peut expliquer autrement les signes physiques.

Les ponctions successives, nécessairement fréquentes ont déjà affaibli la malade ; l'ablation de la tumeur est le seul moyen — périlleux. il est vrai — d'arracher la malade à une mort prochaine.

OPÉRATION. — 4 décembre. Incision médiane de 12 centim. Légères adhérences de la tumeur à la paroi abdominale. La tumeur est rouge, à surface fasciculée. Elle est incisée sur la ligne médiane. Évacuation de 9 à 10 litres de liquide. Alors ligature rapide des artères ovariennes de chaque côté, des ligaments ronds, décollement de la vessie. Incision des ligaments larges jusqu'à section des artères utérines qui, peu volumineuses, sont pincées et liées. Tout l'utérus est amputé moins l'anneau cervical. Surjets hémostatiques : 1° sur la tranche du col utérin, 2° sur les ligaments larges. Une grosse gaze iodoformée introduite de haut en bas dans le vagin fait drainage abdomino-vaginal.

10 décembre. La malade a éprouvé un choc opératoire intense. Des injections de caféine, des lavements à garder... la relèvent difficilement ; il y a quelques vomissements dans la journée de l'opération — Depuis le 8 décembre la température est à 37°4, 37°9, le pouls à 100. La mèche vaginale est enlevée, elle a drainé un liquide rose pâle assez abondant. Après lavage du vagin, une mèche iodoformée est introduite dans le col sur une profondeur de 3 centim.

25 décembre. La malade est affaiblie ; peu d'appétit, elle prend deux litres de lait. Elle est guérie.

La malade quitte l'hospice le 15 janvier dans un état de grande faiblesse. M. Tédénat la revit en avril dans un état satisfaisant, mais avec de l'œdème des membres inférieurs et des traces d'albumine dans l'urine. — En août 1892, la santé était meilleure, l'alimentation se faisait avec œufs, viande, purées, la malade pouvait faire d'assez longues promenades.

REMARQUES. — Après ligature des deux artères ovariennes, incision des ligaments larges, la poche kystique fibromyomateuse fut assez facilement décortiquée, sans hémorragie, grâce à la ligature des uté-

rines. Les uretères ne souffrirent pas dans cette décortication. La poche kystique présentait à sa face interne des tractus, des cloisonnements incomplets qui la laissaient à peu près monoloculaire. La poche fut sectionnée circulairement au niveau de l'isthme, après nouvelles ligatures en masse sur les utérines. — Pour éviter tout suintement sanguin, un surjet serré fut jeté sur la tranche de section. — Il semble qu'une énorme tumeur myomateuse occupant tout le corps de l'utérus avait subi la transformation kystique (Tédénat).

Observation II

(PROFESSEUR TÉDENAT)

Diagnostic posé

Enorme myome kystique inclus. — Plusieurs ponctions. — Malade cachectique.
Hystérectomie. — Mort rapide.

M^{me} Louise Ro..., cinquante-quatre ans. — Symptômes de myome utérin depuis l'âge de trente-huit ou quarante ans. Hémorragies abondantes. Tumeur. — Il y a deux ans et demi, ménopause. Il y a quinze ou seize ans, augmentation rapide du volume du ventre qui devient le siège d'une tension douloureuse. Depuis le mois de juillet 1892, jusqu'à l'entrée à l'hôpital (16 janvier 1893), on a fait huit ponctions. Elles ont donné des quantités de liquide brunâtre variant de huit à dix litres. Après chaque ponction la malade éprouve un soulagement qui dure de moins en moins à mesure que les ponctions se suivent. M. Sarda, appelé auprès de la malade, conseille une intervention chirurgicale.

17 janvier 1893. Malade amaigrie, pâle, peau sèche. Pouls à 100, faible. Œdème léger des membres inférieurs jusqu'à l'aîne. Ventre énorme, arrondi. Matité totale, sans la moindre sonorité dans les flancs ; légère ascite. La tumeur, arrondie, fluctue d'un flanc à l'autre. Elle fait corps avec l'utérus qui, réduit à son col, admet dix centimètres de sonde.

Ce cas est identique à celui de l'observation I. Pour les mêmes raisons, M. Tédénat porte le même diagnostic et se résout à la même opération désespérée.

Elle est faite le 21 janvier, péniblement. Bien que l'hémorragie ait été légère, la malade succombe après vingt-six heures.

Observation III

Myome pédicule kystique du corps de l'utérus, pris pour un kyste de l'ovaire.
Ablation avec résection du pédicule tordu. — Guérison.

M^{me} Fanny R..., quarante-neuf ans. Mariée à vingt-trois ans, pas de grossesse. Règles régulières pendant 3 4 jours jusqu'à quarante ans. Alors elles augmentent de durée, 8-10 jours, avec caillots. Il y a six mois, douleurs abdominales qui durent une dizaine de jours avec ballonnement léger, quelques nausées. A la fin de cette crise, on trouve une tumeur du volume d'une tête d'enfant à terme.

M. Tédénat voit la malade en janvier 1896. L'utérus est un peu augmenté de volume et semble indépendant de la tumeur qui est située en avant de lui, le mettant en rétroversion à gauche. Il croit à cause de la situation antérieure de la tumeur et des poussées douloureuses à un kyste dermoïde de l'ovaire.

Opération le 3 février 1896. La tumeur est recouverte par l'épiploon qui lui adhère. Il est facile à décoller, quatre ligatures font une hémostase. La tumeur est rouge, fasciculée. Un pédicule, long de trois travers de doigt, large de deux centimètres et d'épaisseur un peu moindre, tordu sur lui-même, fixe la tumeur à la face antérieure de l'utérus, un peu en avant de la trompe droite. Une pince est placée sur le pédicule qui est sectionné en avant de la pince. Ligature en chaîne (trois anses) au-dessus de la pince. Cautérisation au thermo-cautère de la partie supérieure de la section. Ablation des annexes droites; pyosalpinx et kyste hématique de l'ovaire droit du volume d'une noix verte.

Guérison rapide et sans incidents.

La tumeur portait deux loges du volume d'une orange, contenant un liquide visqueux, brun foncé et quatre autres loges du volume d'une noix rempli de sang noir.

La tension du pédicule semble avoir déterminé le rassemblement de myome et l'épanchement du sang à son intérieur.

Observation VI

Centralblatt f. Gynäkologie, N° 47, p. 943. 1891. ZIEGENSPECK (Munich)

M^{me} K. S. quarante ans, non mariée.

Elle se plaint de douleurs lancinantes au niveau de l'abdomen ; tuméfaction considérable de ce dernier ; douleurs des deux côtés avec prédominance à gauche ; besoin d'uriner ; sensation de brûlure pendant la miction qui est impossible dans la station debout.

Douleurs et gêne respiratoire, surtout lors que la malade est couchée.

Antécédents. — Réglée à l'âge de dix-sept ans, toutes les quatre semaines régulièrement, mais avec des douleurs dans l'abdomen et la région lombaire.

Elle a accouché à l'âge de vingt ans ; couches normales. Douleurs depuis un an.

Etat actuel (26 octobre 1888).— Abdomen distendu par une tumeur fluctuante. La fluctuation n'est évidente que sur une faible étendue seulement. Lorsqu'on essaie de produire la sensation de flot, on ne produit qu'un frémissement. A la palpation combinée on trouve le bassin rempli par une partie de la tumeur de forme hémisphérique. Dans la fosse iliaque droite (Leistengegend) 3-4 centimètres au-dessus de la branche horizontale du pubis se trouve le cul-de-sac vaginal, au milieu duquel une ouverture entourée de quelques excroissances, le reste de la vaginalportion. De cette ouverture on pouvait suivre un pédicule de la grosseur de l'index sur le côté droit de la tumeur jusque sur une étendue de 20 centimètres en haut, là il se terminait sur une proéminence hémisphérique de la tumeur.

A gauche et en bas on pouvait voir sur la tumeur une proéminence molle analogue à un ovaire augmenté de volume.

Le diagnostic était hésitant entre une tumeur de l'ovaire droit et une tumeur de l'utérus. Le pédicule qu'il y avait à droite pouvait être considéré comme l'utérus étiré et alors cela devenait une tumeur utérine et probablement un kystomyome,

Il pouvait être pris également pour un pédicule ovarien dans sa moitié supérieure, surtout qu'il y avait un étranglement au milieu et que la consistance était différente en haut. Dans ce cas la tumeur de-

vait être considéré comme une tumeur ovarienne, en raison de l'extrême fréquence de ces tumeurs, et en raison de ce fait que je n'avais jamais vu un utérus aussi étiré, j'ai penché pour cette seconde hypothèse : tumeur ovarienne.

OPÉRATION. — Le 17 novembre à dix heures du matin. Laparotomie, la tumeur apparaît dans la plaie. Elle est ponctionnée et il s'en écoule un liquide séreux, sanguinolent, vert, brunâtre d'un demi litre à peu près. On introduit le doigt à travers l'orifice de ponction et on éprouve la sensation que la tumeur était constituée par plusieurs kystes. Quelques-unes de ces cavités sont vidées et la tumeur diminue considérablement. On détruit les adhérences au niveau de la paroi abdominale antérieure et on amène la tumeur au dehors. Celle-ci adhère par un pédicule de 4 centimètres d'épaisseur au fond de l'utérus et on constate que ce pédicule, épais comme le doigt, n'est autre chose que l'utérus. En outre on trouve de nombreuses adhérences avec l'épiploon, l'intestin qui se laisse détruire facilement. Il n'est pas aussi facile de détruire un second pédicule large comme la main qui se dégageait de la paroi postérieure du bassin, dans ce pédicule cheminaient des vaisseaux, gros comme une plume pour se rendre à la tumeur.

Les deux ovaires étaient remplis de nombreux kystes et triplés de volume, le pédicule de la tumeur était pauvre en vaisseaux, le corps de l'utérus était occupé par plusieurs petits myomes interstitiels de 1-2 centimètres de diamètre. L'utérus s'est réduit immédiatement. L'opération avait duré une heure et demie.

Marche. — Les premiers jours : nausées, l'urine a été retirée au moyen du cathéter; le troisième jour changement de pansement, parce que le premier s'était imprégné de sérosité sanguinolente, pas d'hémorragie. T. maxima le deuxième et le troisième jour 38°5. Cystite. Le dixième jour on enlève les sutures et les ligatures. Le trente-troisième jour la malade se lève. Guérison d'une petite fistule qui n'avait pas empêché le malade de vaquer à ses occupations huit mois après.

Examen microscopique. — La facilité avec laquelle la tumeur se laissait déchirer faisait présumer une nutrition défectueuse des parties centrales. Le tissu musculaire se trouvait à l'état de nécrose de coagulation de Weigert. Aucun noyau n'était colorable, les limites des cellules confondues. Les faisceaux musculaires sont infiltrés de cellules rondes à gros noyau et bien colorables. Le contenu des cavités était du

sérum avec de la matière colorante du sang et tous les degrés de la métamorphose rétrograde. C'était un fait curieux que la diminution de la tumeur par la contraction des faisceaux musculaires périphériques aussitôt qu'elle a été ouverte. Les parois des cavités étaient constituées par du tissu de la tumeur. Il n'y avait pas d'autre membrane de revêtement.

Observation V

Bulletin de Société de chirurgie, 1893, p. 123, Ph. AUGER

Tumeur fibro-kystique de l'utérus

M. Ph. Auger présente une tumeur fibro-kystique de l'utérus qu'il a enlevé à une femme vierge de cinquante-sept ans.

Le début de l'affection remonte à quinze ans, et s'était manifesté par des hémorragies de plus en plus abondantes. Il y a quatre ans, ces pertes se sont arrêtées avec sa ménopause, mais la tumeur qui était déjà visible à cette époque, augmente beaucoup, et a pris depuis un an des proportions énormes.

Le ventre n'était pas uniformément développé, au-dessus de l'ombilic existe une masse, du volume du poing, d'une consistance absolument pierreuse. Au-dessus de l'ombilic, la masse s'amollit et est fluctuante. Ces deux masses paraissent mobiles et indépendantes l'une de l'autre. Incision de la paroi abdominale, depuis la région stomacale jusqu'au pubis. Ruptures de quelques adhérences à la paroi abdominale et à l'épiploon.

Ponction d'une masse liquide qui ne diminue guère la tumeur. On fait alors saillir un gros kyste, et on s'en débarrasse en liant le pédicule.

La partie dure et pierreuse, constituée par des lobes agglomérés, est alors attaquée; l'utérus est sectionné au niveau du col, et des ligatures en drain sont portées sur les ligaments larges.

Les ovaires et les trompes de chaque côté sont absolument sains, néanmoins ils ont été enlevés.

Cautérisation au fer rouge de la muqueuse du col. Suture au catgut du moignon utérin. Les ligaments sont également suturés par un fil à chaîne, toilette du péritoine et suture de la paroi abdominale en trois étages.

Observation VI

Contribution à l'étude des myomes kystiques de l'utérus, myosarcome lymphangiectode de l'utérus, H. FEHLING et J. LÉOPOLD (Archives f. Gynäkologie, 1875, 7 Band, p. 531, Berlin).

Le 20 juillet est entré dans le service une femme âgée de trente-sept ans. Elle a été réglée à dix-sept ans, les règles disparurent, puis reparurent de nouveau, irrégulières, abondantes, grumeleuses, revenant toutes trois semaines et durant pendant huit jours, accompagnées souvent de fortes douleurs à l'hypogastre, tous ces symptômes sont en opposition avec la menstruation régulière, indolore des kystes ovariens.

Mariée à l'âge de vingt-deux ans, elle croit avoir avorté au deuxième mois de sa grossesse, mais elle n'avait été examinée ni par un médecin, ni par une sage-femme. Ayant dépéri beaucoup à la suite de fortes hémorragies. Il y a quatre ans, elle est restée alitée pendant dix-huit semaines, par suite d'une inflammation du bas-ventre. Ce n'est qu'alors que son médecin découvrit une tumeur au niveau de l'utérus. Depuis Pâques de cette année, elle constata aussi une augmentation rapide de l'hypogastre.

Le ventre était augmenté de volume, et on sentait derrière la paroi abdominale une tumeur ovoïde, arrivant jusqu'au niveau des fausses côtes, présentant par places de la fluctuation élastique et profonde. La circonférence de l'abdomen un peu au-dessous de l'ombilic était de 81 centimètres, Entre la tumeur et les bords du thorax, il y avait du tympanisme. Au toucher, on trouvait l'orifice du col béant. Le cul-de-sac antérieur était fortement abaissé par une tumeur fluctuante, se continuant avec la lèvre antérieure du col. Le cul-de-sac postérieur, aplati également, laissait percevoir par places des parties plus dures et des nodosités. La sonde pénétrait dans une profondeur de 8 centimètres dans la tumeur, mais difficilement. Il était impossible de délimiter l'utérus comme une tumeur à part. La fluctuation très nette qu'on sentait en haut et à droite se continuait franchement avec la lèvre antérieure du col.

La tumeur était à peine mobile dans sa totalité et au prix de très vives souffrances. Les culs-de-sac vaginaux droit et gauche sont li-

bres. On a posé le diagnostic de fibromyome de l'utérus avec ramollissement kystique partiel. L'augmentation analogue et l'envahissement de la *portio vaginalis*, l'examen au moyen de la sonde, la position médiane et l'absence d'autre tumeur démontrèrent que la tumeur est en connexion avec l'utérus et qu'elle avait pris naissance au dépens de ce dernier.

A titre d'observation on avait injecté de l'ergotine, mais elle avait été mal supportée et sans modification appréciable.

Le 28 juillet une ponction fut faite par le professeur Crédé, au niveau du point fluctuant de la tumeur. Cette dernière diminua de volume, de sorte que son bord supérieur s'abaissa au niveau de l'ombilic. On put sentir alors, nettement, des nodules entre les parties kystiques. Le liquide qui s'en était écoulé se prit en l'air en une masse gélatineuse et il se laissa exprimer du liquide, jusqu'à ce qu'il n'en restât qu'un fin réseau de fibrilles. Le liquide avait une réaction alcaline et était très riche en albumine. A l'examen microscopique, en dehors de quelques cellules pavimenteuses tombées par hasard, on ne trouvait aucun élément organisé.

L'analyse chimique a été faite au laboratoire du prof. Hofmann, par M. Scheule.

Je mets à côté, pour la comparaison, l'analyse du contenu d'un kyste de l'ovaire ponctionné à la même époque.

	Kyste de l'ovaire	Kystomyome
Réaction	Alcaline	Alcaline
Poids spécifique.....	10.27	10.25
Eau.	92.0	93.1
Matériaux solides...	8.0	6.9
Sels	0.7	0.7
Albumine.....	6.8	6.0
Graisse.....	0.05	0.04
Matières extractives.	0.3	—
Fibrine.....	—	0.1

Abstraction faite des matières extractives, qui ne pèsent pas lourd, le kyste de l'utérus se distingue de celui de l'ovaire, surtout par sa teneur en fibrine. Le fibrinogène est une matière propre au liquide intercellulaire et qui existe dans toutes les transudations, dans tous

les liquides séreux (hydrocèle, ascite, etc.). Le kyste de l'utérus, au contraire, se rattache par son contenu à la substance fibrinoplastique appartenant au contenu cellulaire (zelleninhalt), au sang, au chyle, à la lymphe, il possède en outre la substance fibrinogène comme eux, et par conséquent la propriété de se coaguler spontanément. La présence de la substance fibrinoplastique éveille l'idée qu'elle provient des cellules musculaires ou par multiplication du contenu des vaisseaux lymphatiques.

En ce qui concerne la marche ultérieure, il y eut de la septicémie, la malade rentra chez elle et mourut d'une embolie pulmonaire.

L'autopsie a été faite d'une façon très sommaire à cause de l'opposition des parents.

La préparation représente l'utérus seul une tumeur piriforme de 19 centimètres de longueur, de 18 de largeur et de 47 centimètres de circonférence. Son poids, après un séjour dans l'alcool durant huit semaines, est de deux kilos.

La tumeur s'est développée aux dépens de la paroi antérieure de l'utérus, par conséquent l'utérus a été porté en arrière. Le canal cervical mesure neuf centimètres, tandis que la cavité du corps, qui est petit et retroversé, n'a que 4 centimètres seulement.

Au milieu de la paroi antérieure de l'utérus, siège un fibrome du volume d'une cerise et complètement capsulé par les parties environnantes ; immédiatement au-dessus il y en a un autre, un peu plus gros de 2 cent. 1/4 de longueur et de 2 centimètres de largeur, et qui arrive jusqu'au fond de l'utérus. Tous les deux sont logés dans la tumeur principale.

Toute la moitié gauche de la tumeur est d'une consistance presque cartilagineuse ; microscopiquement, elle est constituée par des faisceaux de fibres ondulés entre lesquels il y a des lacunes, mais fort peu de vaisseaux sanguins. D'après l'examen fait par le docteur Léopold, la tumeur doit être considérée comme un lymphangiome.

La moitié droite de la tumeur est occupée par une cavité irrégulière qui commence justement sur l'os externum et arrive jusqu'au fond. Les parois de cette cavité ont une épaisseur de 1/2-2 centimètres. Le tissu forme des anfractuosités irrégulières (buchten) et en voie de décomposition.

La trompe et le ligament large sont au niveau correspondant.

Examen microscopique. — Sur différentes coupes, la substance fon-

damentale de la tumeur paraît constituée par du tissu conjonctif, en partie lâche, en partie compact, infiltré de nombreux noyaux allongés et étroits. Il n'y a que de rares fibres musculaires lisses.

La direction des faisceaux conjonctifs est variable et le tout offre une disposition enchevêtrée; par conséquent, même la coupe la plus petite rencontre les faisceaux conjonctifs sous différentes incidences qui se laissent examiner facilement. D'abord, les faisceaux coupés longitudinalement laissent voir un tissu conjonctif, tendre, ondulé, et parallèlement à leur direction, on voit des noyaux allongés. Ces derniers sont tantôt contigus, tantôt disséminés, tantôt groupés, tout comme dans un sarcome à cellules fusiformes. Ces points pourraient être considérés également comme appartenant à un myome; mais cette hypothèse est contredite par l'aspect des points où les faisceaux conjonctifs sont intéressés transversalement. Ici, nous voyons partout des coupes transversales, rondes ou polygonales, de tissu conjonctif, sur les parois externes desquels les noyaux sus-mentionnés, coupés transversalement, se trouvent fortement appliqués. Par conséquent, il en résulte des formes de fentes irrégulières, arrondies ou angulaires entre les faisceaux coupés transversalement, tapissées tout autour de noyaux cellulaires, avec des prolongements cellulaires parfaitement nets. S'il y avait dans ces fentes, même une cellule avec noyau, elle serait une cellule fixe conjonctive. Mais ici, où nous voyons de petites et de grandes cavités à contours toujours réguliers, même pour les plus petites fentes, tapissées nettement d'un endothélium fin, on ne peut penser qu'à des lymphatiques ou à des espaces lymphatiques réguliers et bien limités. Les vaisseaux sanguins sont très rares et se laissent distinguer des vaisseaux lymphatiques par leur paroi plus épaisse, par leur calibre plus uniforme et par les globules rouges qu'ils renferment. Une autre particularité met hors de doute l'origine lymphatique de ces espaces. Les faisceaux conjonctifs, coupés longitudinalement et obliquement, eux aussi, renferment un grand nombre de vaisseaux ectasiés, coupés, suivant la même direction, et des espaces, dont le revêtement épithélial, coupé obliquement, se laisse voir appliqué sur la paroi mince. Ces formes ressemblent beaucoup aux vaisseaux lymphatiques. Donc, puisque les plus grandes cavités visibles macroscopiquement et qui font de la tumeur une tumeur kystique, ont la même structure, nous avons affaire à une tumeur dont le tissu fondamental est un myosarcome, et dont le caractère le plus

important est dans les vaisseaux lymphatiques et les espaces lymphatiques ectasiés; donc, la tumeur est un myosarcome lymphangiectode de l'utérus. Je propose de donner à ce genre de tumeur le nom de lymphangiectode.

Observation VII

MATLAKOWSKI, L. u. E. PRZEWOSKI, *Gazeta lekarska*, n^{os} 47, 48

Contribution à l'étude des myomes kystiques de l'utérus

Les auteurs rapportent un cas intéressant de lymphangiome caverneux de l'utérus, opéré par M.

Il s'agissait d'une femme mariée, âgée de trente-quatre ans, ayant toujours joui d'une très bonne santé. Vers cette époque, des hémorragies irrégulières et d'une durée de 2-3 jours se montrèrent. La malade s'aperçut que la miction devenait, depuis lors, de plus en plus difficile après chaque menstruation, et que son ventre augmentait sérieusement de volume, de sorte que, dans ces derniers temps, il est devenu énorme. Tous les 8-10 jours, il s'écoule des organes génitaux un liquide transparent en abondance, après quoi le volume du ventre diminue, la miction devient plus facile, et on peut constater, derrière la symphyse, une petite tumeur seulement.

A l'examen, on trouve: circonférence de l'abdomen 87 centimètres. On sent, à travers la paroi abdominale, une tumeur un peu fluctuante moyennement mobile, non sensible à la pression, et remontant jusqu'à 26 centimètres au-dessus de la symphyse. La vessie se trouve entre la face antérieure de la tumeur et le pubis. Le vagin est complètement rempli par une tumeur dure, sphérique. Le doigt explorateur pénètre dans une cavité conique, limitée en arrière par ladite tumeur, et en avant par un pli mince et tendu. On a mesuré, au moyen d'une sonde utérine, que cette cavité avait 25 centimètres de longueur. Par suite de l'introduction d'un miroir vaginal (Scheidenspiegel), il s'en est écoulé (de ladite cavité) un flot de liquide séreux, se coagulant rapidement, ce qui a entraîné une diminution de la tumeur. Quand cette dernière commence à augmenter de nouveau et que la menstruation n'a pas amené le soulagement espéré, M... se décide à faire la laparotomie.

A l'ouverture de l'abdomen, une tumeur se présenta à parois lisses fluctuante, nulle part adhérente. Celle-ci a été ouverte par une incision sagittale de la face antérieure, d'où sortit un liquide sanguinolent séreux, se coagulant rapidement. La main, introduite dans l'intérieur de la tumeur rencontra un grand nombre de brides qui traversaient l'intérieur de la tumeur. Ces brides se laissaient arracher facilement à l'aide du doigt et se laissaient attirer au dehors. L'intérieur de la tumeur était séparé de la cavité propre de l'utérus par une cloison très mince. Après avoir ponctionné cette dernière, on a enlevé la tumeur, le fond et une partie du corps de l'utérus.

Traitement extra-péritonéal du pédicule. La tumeur comprenait la paroi postérieure et le fond de l'utérus. En dehors elle était recouverte par du tissu utérin normal d'une épaisseur de 0,5 à 1,5 cm., et en avant par la muqueuse utérine hyperhémée. Sur la coupe la tumeur ressemblait au point de vue de la structure à un corps caverneux, dont les mailles remplies de sérosité, allaient en augmentant de la périphérie vers le centre. L'examen microscopique établit que les brides qui formaient les mailles, étaient constituées par du tissu fibrillaire conjonctif dans le centre duquel il y avait toujours un petit vaisseau. Les fibres limitant des lacunes étaient revêtues d'un endothélium analogue à celui des séreuses. Il n'y avait dans la tumeur des fibres musculaires que dans celles qui contribuaient à la structure des vaisseaux, occupant le centre des brides. À la périphérie les brides se jetaient, se confondaient avec le tissu utérin normal, ainsi que les vaisseaux qui se jetaient dans les veines et artères de l'utérus.

Les auteurs sont disposés à considérer les lacunes comme des lymphatiques modifiés pathologiquement et désignent toute la tumeur comme un lymphangiome caverneux.

Observation VIII

(RÉSUMÉE)

AUVRAY, interne des hôpitaux, et A. PILLIET, chef de laboratoire à la Charité, in *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1894, tome VIII, (p. 505.)

Corps fibreux du col de l'utérus

M^{me} X., âgée de quarante-six ans, entrée à l'hôpital de la Charité le 11 mai 1894. Comme antécédents héréditaires; père mort d'un

cancer de l'estomac. Comme antécédents personnels, fièvre typhoïde à l'âge de douze ans. La malade a été réglée normalement à partir de l'âge de dix ans et s'est mariée à seize ans. Elle a eu 4 enfants, une fausse couche à sa première grossesse et plus tard des douleurs dans la région ovarienne gauche dues probablement à une infection. Remariée une seconde fois en 1870, elle n'a pas eu d'enfants et les symptômes signalés plus haut s'atténuèrent. En 1889 apparurent les premiers symptômes de la tumeur pelviabdominale. Les règles étaient plus abondantes et de durée plus longue, parfois même dans l'intervalle des règles elle constata un léger écoulement de sang auquel succédaient d'abondantes pertes blanches. L'état général s'altéra rapidement, les douleurs lombaires devinrent continues et intenses. Des poussées péritonitiques survinrent de temps en temps, avec vomissements et œdème fugace des membres inférieurs.

Entrée à l'hôpital Laënnec on tenta l'hystérectomie vaginale mais qui n'a pas été faite pour des raisons inconnues.

C'est alors, à cause de l'aggravation de son état et d'un écoulement sanguinolent fétide, survenu en janvier et février 1894, mais qui a disparu par la suite, que le malade entra dans le service du professeur Fillaux : A l'inspection de l'abdomen on constatait une augmentation de volume de la cavité abdominale, régulière, sans traces de dilatation de vaisseaux de la paroi. La palpation révélait l'existence d'une tumeur enclavée dans l'excavation pelvienne et remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Il semblait que la surface de la tumeur fût divisée en 3 lobes dont deux latéraux et un médian. La tumeur avait une consistance ferme, elle était mobile dans le sens transversal, mais non dans le sens vertical et les mouvements communiqués à la tumeur étaient la cause de violentes douleurs.

Au toucher le col très difficile à sentir n'existe plus en tant que museau de tanche, il est remplacé par un diverticule qui admet la pulpe digitale et qui se trouve très haut derrière la symphyse et difficile à atteindre. Immédiatement en arrière du col on perçoit une tumeur de consistance ferme, volumineuse occupant le cul-de-sac de Douglas et faisant saillie dans le vagin. La position du corps du l'utérus ne peut être diagnostiquée, on peut supposer d'après la situation du col qu'il est immédiatement derrière la face postérieure de la symphyse pulvienne.

M. Tillaux pensa à une tumeur maligne du corps de l'utérus sans

rejeter cependant l'idée de fibrome en voie de transformation. D'autres avaient penché pour l'existence d'une tumeur organique de l'ovaire tombée dans le cul-de-sac de Douglas et refoulant en avant l'utérus.

La laparotomie fut pratiquée et on constata qu'ils s'agissait de fibromes développés aux dépens du col utérin remontant dans la cavité abdominale et enclavés dans le petit bassin. L'opération fut pénible. Les suites ne furent pas heureuses et la malade succomba 48 heures après.

AUTOPSIE. — Les autres organes ne présentent pas d'altération appréciable. *L'utérus et ses annexes* : Au moment de l'ouverture de la cavité abdominale le corps de l'utérus flotte librement avec les annexes au-dessus et en avant de la tumeur qui est développée aux dépens du col utérin. De chaque côté de l'utérus le ligament large recouvre la surface de la tumeur qui s'est insinuée dans la partie inférieure en écartant ses 2 feuillets. Le corps est lui-même légèrement augmenté de volume, sa cavité est perméable. Les trompes et les ovaires sont légèrement augmentées de volume.

Tout autour du col utérin se sont développés aux dépens même du tissu du col, une couronne de volumineux fibromes qui se sont portés en rayonnant vers les parois de l'excavation pelvienne qu'ils ont remplie sans donner lieu, fait intéressant, à des accidents de compression, soit du côté du rectum, soit du côté de la vessie. Leur groupement autour du col est assez régulier. Deux masses principales naissent de la face postérieure du col séparées l'une de l'autre par une légère échancrure médiane. Ce sont ces deux masses qui, en se développant, se sont insinuées entre l'utérus qu'elles ont refoulé en avant, derrière la symphyse et le rectum en arrière. Et ce sont elles qui, par la palpation, nous ont donné la sensation de deux lobes latéraux, en avant desquels se trouvait un troisième lobe médian qui n'était autre que le corps de l'utérus hypertrophié.

L'autopsie nous a permis de nous faire une idée exacte de la portion du fibrome situé au-dessous de la ligature élastique et de l'état de la partie supérieure du vagin et du col. Le museau de tanche a complètement disparu, et il ne reste à sa place qu'un infundibulum qui admet la pulpe digitale et dont le fond présente un orifice linéaire conduisant dans la cavité cervicale.

En arrière du col et au-dessous du point où a porté la ligature élastique, se trouve un fibrome du volume d'une grosse orange qui,

né de la face postérieure du col, se trouve adossé en avant à la paroi postérieure du vagin et occupe le cul-de-sac de Douglas, où le doigt avait perçu l'existence d'une volumineuse tumeur. Le poids du fibrome, dans sa totalité, est de 2 kilogr. 930 gr.

Réflexions. — On pouvait penser à une tumeur de l'ovaire, à cause du mauvais état général, à cause des traces de phlébite qui s'étaient montrés du côté des membres inférieurs et à cause de l'amaigrissement.

L'hystérectomie abdominale a été faite par Tillaux et le pédicule fut fixé, non sans peine, à la paroi abdominale.

Examen histologique, par A. Pilliet. — Les fibromes de l'utérus sont soumis à un grand nombre de dégénérescences fibro-crétacée, calcaire, etc., à des évolutions sarcomateuses que l'on trouve très fréquemment, quand on les recherche en multipliant les coupes des tumeurs homogènes en apparence. La dégénérescence myxomateuse est une des plus fréquentes et sur les pièces que nous présentons on peut les observer à son début. Le fait n'est pas sans importance, car toutes les diverses modifications évolutives des fibro-myomes ont, sans doute, un point de départ commun; il est donc utile de préciser ce point de départ pour l'une d'entre elles, ce sera peut-être mettre sur la voie pour les autres. Il s'agit d'un fibro-myome du col utérin. La tumeur paraissait blanche, ferme, lobulée, ayant tous les caractères objectifs du fibrome. Elle paraissait pourtant un peu oedémateuse sur les surfaces de section bien nettes, pratiquées au rasoir.

Les coupes faites après durcissement par l'alcool absolu et colorées, soit au carmin d'alun, soit à l'hématoxyline éosinée, ont montré que la tumeur était principalement constituée par des fibres musculaires lisses hypertrophiées et par un réseau abondant de capillaires dont la plupart ont les gaines adventices bourrées de cellules rondes qui sont assez nombreuses pour former par place de petits nodules miliaires. Mais la lésion la plus curieuse s'observe sur les vaisseaux groupés en bouquets et présentant tous les stades de la transformation myxomateuse. Elle débute dans leur paroi même, qui se clive et se décompose en grandes lamelles conjonctives contenant des cellules plates largement étoilées. La lumière du vaisseau persiste un certain temps, puis elle disparaît. La paroi est détruite et remplacée par une cavité remplie de liquide et encore plus ou moins complè-

tement cloisonnée. Le processus de transformation en tissu muqueux s'étend pendant ce temps à la périphérie de l'espace qui occupait le vaisseau ; ainsi se trouvent constituées des taches de myxome très rapprochées les unes des autres et transformant la tumeur en une véritable éponge, car ce processus s'étendait à toute une masse du fibrome qui était très volumineux.

Ce mode de début de la transformation muqueuse d'un tissu par ses vaisseaux nous permet de comprendre la production de larges taches de myxome ; de dégénérescence colloïde, de cavités et lacunes si fréquents dans les fibromes et dont on ne peut, en général, saisir le point de départ à cause de l'étendue même de la dégénérescence. Il confirme l'hypothèse que j'ai émise récemment et qui consiste à placer l'origine des fibro-myomes dans le développement exagéré des capillaires d'un territoire vasculaire donné de l'utérus, à faire de ces tumeurs une variété d'angiome capillaire entraînant à sa suite l'hypertrophie des tissus voisins, de même que le développement physiologique des vaisseaux utérins commande celui du muscle dans la grossesse. Si cette conception permet de comprendre le rôle des vaisseaux dans la dégénérescence des fibromes, elle explique aussi l'évolution de ces tumeurs vers le sarcome, évolution qui serait, d'après ce que j'ai vu, plus fréquente qu'on ne l'indique.

Observation VI

Archives f. Gynäkologie, Bd 30, p. 250, 1887, W MÜLLER

M^{lle} B..., cinquante ans, de B..., vierge. Recueillie novembre 1886.

La malade n'a jamais rien eu, sauf quelques troubles de l'estomac. Au printemps, la malade sentit des douleurs dans le ventre. En outre, elle eut par accès des douleurs dans la région sacrée et dans le dos. Après quelque temps, la miction est devenue difficile et douloureuse. Les règles, régulières jusqu'alors, devinrent irrégulières, les pertes sanguines plus abondantes. Le médecin, consulté en avril 1886, constate la présence d'une tumeur abdominale mobile, dont l'extrémité gauche était située complètement du côté gauche de l'abdomen, à la hauteur de l'ombilic au-dessus de la crista ilei, tandis que l'extrémité droite se trouvait près du pubis, quelques centimètres à droite de la ligne blanche.

Le grand axe de la tumeur se dirigeait de gauche à droite et de haut en bas. La tumeur prit une direction plus horizontale pendant l'été. Les douleurs augmentèrent et la tumeur subit un accroissement de volume. Au début, d'après le médecin, l'utérus occuperait sa place normale, et il y aurait une certaine connexion entre la tumeur et ce dernier, plus tard, le docteur aurait eu l'impression, comme si l'utérus était abaissé par la tumeur et coudé en avant.

La malade le 24 novembre 1886 a été examinée sous anesthésie. Femme délicate, mais pas trop maigre. La partie inférieure, et surtout la partie inférieure gauche de la tumeur paraît refoulée en avant, et déjà à la simple inspection, on distingue deux segments dans la partie refoulée en avant, qui paraissent être séparés par un enfoncement. La main sent une tumeur dirigée de haut en bas et de gauche à droite, dont le fragment supérieur, plus petit, paraît être solide, tandis que le plus grand, situé profondément dans l'excavation, est fluctuant. La partie fluctuante remplit toute la moitié gauche de l'excavation et dépasse en droite la ligne médiane de trois à quatre travers de doigt. Les limites palpables sont en haut à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à gauche comme en haut, elles dépassent l'épine antéro-supérieure gauche de quelques centimètres. Au niveau du bassin, la tumeur devient plus large. Les deux fragments sus-mentionnés sont un peu mobiles. Des anses intestinales on sentait par la percussion dans la fosse iliaque seulement, ainsi qu'au-dessus de l'ombilic.

Examen par le vagin. — Vagin étroit, orifice du col à peu près au niveau normal, dirigé à gauche et en avant, peu mobile. L'espace rétro-utérin est rempli presque totalement par une tumeur fluctuante, et toute la partie située à gauche du col, ainsi qu'en avant, est occupée par une tumeur fluctuante. A l'examen bimanuel, on sent l'utérus vaguement, il paraît être dirigé en arrière, ce qu'on peut constater par le toucher rectal, on constate qu'il est dirigé en arrière et à droite. L'ovaire droit, on le sent vaguement, le gauche point du tout. Lorsqu'on mobilise la tumeur à travers la paroi abdominale, le col paraît participer un peu au mouvement, cependant on ne peut établir une connexion de la tumeur avec l'utérus. On pose le diagnostic de tumeur de l'ovaire gauche adhérente probablement à l'utérus.

Quantité de l'urine diminuée. Rien d'anormal dans l'urine, 1^{er} décembre 1886. Laparotomie. Après ouverture de l'abdomen par une incision de la symphyse jusqu'au-dessus de l'ombilic, on voit la tumeur

du volume d'une tête d'enfant, ressemblant à un utérus gravide avec un myome situé à gauche et au-dessus. Il n'y a pas d'adhérences. Les annexes sont en bon état, on constate que c'est l'utérus qui est le point du départ de la tumeur. Les rapports de la tumeur et de l'utérus sont les suivants. — L'utérus, dont la face postérieure regarde en bas et à droite paraît avoir subi une tuméfaction de la paroi antérieure, de sorte que sa principale extensions s'est produite à gauche et en avant, et profondément dans l'excavation remplissant complètement la moitié gauche de cette dernière, tandis que la partie gauche du fond de l'utérus porte un myome gros comme une petite pomme. On trouve également dans d'autres points, des nodules myomateux. Ovaire gauche, trompes, et ligament large sont refoulés en haut, et s'abouchent avec l'utérus au niveau où la grosse partie kystique de la tumeur et le nodule myomateux sus-mentionnés se rencontrent.

Comme la plus grande partie de la tumeur, dont la surface ressemble à celle de l'utérus est encore fluctuante après avoir éliminé l'idée de grossesse on fait avec le bistouri une petite incision à la face antérieure de la tumeur. Il s'en écoule un liquide clair, jaunâtre d'une quarantaine de gr. à peu près, une deuxième ponction un peu plus à gauche fournit le même liquide et de la même qualité, mais un peu sanguinolent. Alors la présence d'espaces kystiques étant hors de doute on a procédé à l'amputation de l'utérus, on l'a faite après avoir mis trois ligatures en soie sur les annexes et après avoir détaché le péritoine en avant et en arrière. L'utérus a été sectionné transversalement au niveau de l'insertion de la tumeur, le moignon a été réduit. Lavage de la cavité avec une solution d'acide salicilique. Suture de la plaie. Pansement antiseptique. Marche régulière. La malade sortit guérie au bout de cinq semaines.

L'utérus est augmenté de volume dans toutes les directions, sa cavité est allongée et un peu élargie, la muqueuse a l'aspect ordinaire. La paroi antérieure depuis le fond jusqu'au niveau du col paraît comme distendue et se trouve refoulée en avant et à gauche, en avant et en bas par la tumeur principale, de sorte que cette dernière est entourée de toute part par la substance utérine. Ce n'est qu'en bas et à gauche près du col, que font saillie deux espaces kystiques sous-séreux, tandis que la tumeur principale est interstitielle. Cette dernière, elle aussi, est formée par un convolut de nombreuses vésicules sphériques à paroi minces et lisses, du volume d'une pomme presque à celui

d'une noisette et même plus petite à parois très extensibles, tandis que le petit fragment antérieur est constitué par une tumeur solide du volume d'un œuf de poule.

La coupe de cette dernière est succulente, d'un blanc grisâtre d'aspect sarcomateux et tout près du bord libre du côté des vésicules, infiltrée des petits espaces kystiques, dont la paroi interne paraît lisse. Le contenu de ces dernières comme des plus grosses est filant analogue à de la lymphe. Si l'on sectionne une vésicule elle s'affaisse et d'autres à côté. Par conséquent elles sont en rapport entre elles, comme leurs cloisons aussi, qui sont pour la plupart minces, représentant un échafaudage continu, lorsque le contenu s'est écoulé. La tumeur la plus dure, passe en certains endroits d'une façon ininterrompue dans les cloisons des vésicules. A gauche et en haut la tumeur principale se trouve limitée par une couche de substance utérine lâche du côté de ce nodule myomateux gros comme une petite pomme qui est également interstitiel. A gauche du fond de l'utérus on trouve encore de nombreux nodules myomateux dans plusieurs points de l'utérus.

Le contenu des grosses vésicules s'est écoulé au cours de l'opération. J'ai recueilli le contenu de plusieurs vésicules moyennes dans deux verres de montre.

Au bout de quelque temps une partie du liquide se coagula dans l'un des verres et se précipita sous forme d'une masse gélatineuse, tandis qu'une couche de plasma clair surnageait. Cette dernière était très albumineuse. Au microscope on trouvait dans le coagulum, en dehors d'un réseau fibrineux très fin, peu de globules rouges quelques globules blancs isolés, quelques corpuscules graisseux et quelques cellules plus grandes polygonales avec un gros noyau ovoïde.

Dans l'autre verre, le liquide ne se coagula pas du tout, même après un long séjour, mais il s'est formé un précipité faible qui contenait un grand nombre de globules rouges.

J'ai traité différents fragments des parois des espaces kystiques petits et gros par du nitrate d'argent, tandis que sur la plupart des fragments il n'y avait aucun endothélium, sur deux fragments, il y en avait un et très net. Les fragments appartenaient à de petits kystes.

L'examen microscopique de la tumeur a été fait après durcissement de la préparation dans le liquide de Müller. Ce qu'il y avait d'important c'était d'abord le fait que le fragment solide de la tumeur prin-

principale se distinguait histologiquement de la forme ordinaire du myome. La tumeur était très riche en grandes cellules ronds, pauvre en fibres musculaires lisses. Du tissu conjonctif, il n'y ena en grande quantité que dans la périphérie seulement de la substance utérine. Le tissu succulent est riche en cellules dont les éléments représentent en partie des cellules fusiformes et des cellules rondes, en partie des cellules un peu plus grandes, polygonales parfois plates avec un gros noyau ovoïde, et contient des vaisseaux plus ou moins volumineux qui sont ectasiés dans la partie inférieure de la tumeur, représentant des espaces presque caverneux à parois appartenant nettement à des vaisseaux et remplis de sang.

En outre les cloisons des vésicules aussi bien que les parties périphériques de la tumeur solide dans le voisinage des vésicules sont infiltrés de petites cavités. Les plus petites ne sont visibles qu'au microscope. Elles sont surtout arrondies, tantôt elles représentent des fissures étroites. Plus elles sont petites, ces cavités, plus elles ont des bords uniformes, tandis que les espaces plus grands ainsi que les vésicules les plus grandes, sont bordés par les mêmes cellules, qui forment la masse principale de la tumeur, par conséquent représentent de simples lacunes de tissu sans paroi propre. La plupart de ces espaces apparaissent vides, une partie renferme des globules rouges et blancs. Il n'y a que certaines cavités seulement qui contiennent une masse transparente à noyaux fins, dans laquelle sont enfermés quelques cellules arrondies et quelques corpuscules graisseux.

A l'examen d'un grand nombre de coupes traitées par l'hématoxyline et le carmin, on a pu voir sur la paroi interne de plusieurs cavités une couche continue des cellules plates, dont les noyaux forment des saillies régulières dans l'intérieur des cavités. On le constatait très facilement dans les petites cavités et il y avait même quelques espaces plus grands visibles à l'œil nu présentant un revêtement cellulaire, qui ne pouvait être considéré que comme un revêtement endothélial. Ce dernier manquait dans un grand nombre de cavités, mais nulle part il n'y avait de la dégénérescence graisseuse, nulle part d'aspect graisseux de la paroi, en d'autres termes aucune preuve, aucun signe que les cavités avaient pris naissance par hémorragie, par décomposition, etc.

Les nodules myomateux macroscopiquement l'étaient également microscopiquement. Le diagnostic est dû plutôt au hasard (Gusserov). Ici l'emploi de la sonde aurait pu rendre des services, mais comme ces tumeurs sont rares on n'y pense pas.

Il est difficile d'établir des rapports entre les espaces kystiques lymphatiques et les vaisseaux lymphatiques ainsi que la facilité avec laquelle les coupes histologiques peuvent être altérées par les artifices de préparation. Wagner a dit aussi qu'il faut tenir compte des stades de début, peut-être on aurait trouvé que les tumeurs lymphangiectasiques sont plus fréquentes.

Ici les petites cavités avaient un endothélium, tandis que les grandes n'en avaient pas, la même chose a été constatée dans le cas du Rein. Léopold a eu au contraire un résultat satisfaisant.

Les espaces ectasiques veineux que nous avons trouvé dans nos préparations, a preuve l'épaisseur de leurs parois et la couche musculaire ne doivent pas étonner, d'autant moins que nous avons à faire probablement dans les cas pareils à une stase de la lymphe et du sang veineux d'origine mécanique, mais ces espaces veineux étaient relégués au second plan et je ne me suis pas cru autorisé à les considérer comme des formes intermédiaires entre les tumeurs purement lymphangiectasiques et les tumeurs télangiectasiques décrites par Virchow.

Le fragment solide de la tumeur qui paraît être surtout le siège des lymphangiectasies se distingue également au point de vue histologique aussi macroscopiquement que microscopiquement des myomes ordinaires. Il y a eu une prolifération de la partie conjonctive de la tumeur et une diminution de la partie musculaire et correspond au au myosarcome comme dans le cas de Léopold et dans le cas que Virchow a décrit. Peut-être les cellules sus-mentionnées de différentes formes étaient dues à une prolifération de l'endothélium.

Observation X

(DU MÊME)

Par hasard une autre femme est venue se faire opérer à la clinique et ce second cas complète le premier.

Ce cas avait trait à une femme, âgée de quarante-trois ans VI pare chez qui la tumeur se développa dans l'intervalle d'un an au milieu des douleurs lombaires et sacrées. Les symptômes objectifs laissaient supposer qu'il s'agissait d'une tumeur pédiculée de l'utérus (Myome). La laparotomie, faite le 29 février 1887, a mis au jour une

tumeur grosse comme deux poings, sortie de la paroi gauche de l'utérus et qui s'était développée dans le ligament large. Elle siégeait sur l'utérus au moyen d'un pédicule assez large. Au point d'insertion, il y avait une coudure du pédicule parce que la tumeur avait basculé en arrière. La tumeur est un fibromyome entouré d'une mince couche de tissu utérus.

Dans les parties périphériques de la tumeur, surtout entre la tumeur et la substance utérine, il y avait de nombreux espaces kystiques et des fentes jusqu'à la grosseur d'une noisette et même plus, qui donnait à la tumeur un aspect caverneux.

Les parois des cavités sont lisses. Le caractère kystique est surtout évident au niveau du pédicule. Le contenu des cavités est clair, jaunâtre et a l'aspect de la lymphe. Après un court séjour, il se coagule spontanément et le coagulum montre un réseau fin de fibrine. Quelques minutes après, il jaillit goutte à goutte sur toute la surface de section de la tumeur un liquide clair jaunâtre.

Je me suis empressé, aussitôt après l'opération, de traiter de nombreuses parcelles des parois des différentes cavités par le nitrate d'argent, et j'ai pu démontrer sur toutes les préparations un endothélium lymphatique intact.

Sur des coupes congelés la plupart des cavités paraissent comme des lacunes, dans les plus petites on trouve un revêtement endothélial en partie intact, en partie, il n'y a que des débris seulement.

Observation XI

(DU MÊME)

Myosarcome intra-pariétal du volume du poing sur la paroi postérieure de l'utérus chez une nullipare d'un certain âge, qui a souffert de fréquentes hémorragies. La tumeur solide est parcourue par des cavités petites et grandes, et par des fentes séparés en partie par des cloisons membraneuses et vascularisées. Le tissu fondamental de la tumeur est fibreux, mais il renferme des cellules rondes et fusiformes. Il y avait même de petits îlots de corpuscules graisseux. Les cavités et les fentes ont des parois lisses et un contenu clair. Le professeur Orth a constaté sur les préparations congelés (décembre 1880), un

revêtement endothélial des parois. Sur les préparations durcies au moyen du liquide de Müller et d'alcool, on ne trouve une couche continue des cellules endothéliales, que dans quelques cavités et dans quelques fentes toutes petites. La plupart des cavités, et surtout les grandes, paraissent comme des lacunes simples, nettement délimitées.

Observation XII

(DU MÊME)

Il s'agit d'une vierge de vingt-quatre ans, à qui on a enlevé en juin 1878, une tumeur du volume d'un œuf. La malade succombe un an après, à une récidive, ou plutôt à une péritonite.

La tumeur primitive, un myosarcome (cellules rondes et fusiformes) intéressante, parce qu'elle contient des faisceaux larges de cellules fusiformes très longues, striées transversalement, montre sur la coupe plusieurs cavités à parois lisses, du volume d'une tête d'épingle, jusqu'à celui d'une cerise, remplie en partie d'un contenu coagulé fibrineux. Le professeur Orth a démontré dans le temps la présence, sur des coupes, d'un revêtement épithélial sur la paroi des cavités, et l'a désignée comme lymphangiectasiquée.

On peut voir encore aujourd'hui sur des préparations durcies, dans plusieurs des petits espaces, une simple couche de cellules endothéliales et là où ce revêtement manque, on ne voit aucun signe de décomposition. La tumeur secondaire qui s'est formée aux dépens de la paroi postérieure et gauche de l'utérus (reste du col) et qui s'était développée en partie dans le vagin, en dilatant ce dernier, en partie dans le ligament large, remplissait presque complètement toute la cavité abdominale. La tumeur, qui dépassait le volume d'une tête d'homme, est constituée par différentes parties d'aspect polypiforme. La cavité utérine est élargie; dans sa partie inférieure, on voit des excroissances polypeuses.

La masse principale de la tumeur est molle, sarcomateuse et gélatineuse, et elle est traversée par des vaisseaux sanguins dilatés bien visibles macroscopiquement avec des infiltrations hémorragiques, sur

d'autres points la tumeur a un aspect caverneux, puisque son tissu est interrompu par de nombreuses fentes et cavités.

Au point de vue microscopique, c'est un myxosarcome, tantôt ce sont les éléments et les cellules fusiformes qui prédominent, tantôt ce sont les éléments myxomateux.

Des coupes des parties caverneuses mentionnées ont montré qu'ici encore, le tissu cellulaire était parcouru par des fentes de différentes dimensions et formes. Les cavités, presque toutes, ont une bordure bien nette. On peut voir dans un petit nombre de cellules une bordure endothéliale plus ou moins conservée. En outre, on trouve dans la tumeur une quantité considérable de vaisseaux dilatés et variqueux et de cavités dont la paroi toujours nette et dont le contenu sanguin (globules rouges et réseau de fibrine), les caractérisent comme des vaisseaux sanguins, vis-à-vis des espaces lymphatiques dilatés, surtout là où il y a côte à côte des espaces sanguins dilatés et des espaces lymphatiques dilatés.

Observation XIII

Georg REIN, (*Arch. f. Gynäkologie*, 1876, p. 414, Baut IX)

Les préparations, je les ai montrées à M. le professeur Rudneff.

S. F. M., quarante-deux ans, du Caucase, entra dans la clinique le 30 avril 1874. La malade est de taille et de corpulence moyennes, très anémiée, la marche lui est très pénible. La circonférence du ventre, au niveau de l'ombilic, cent dix centimètres, la distance du pubis à l'ombilic trente centimètres et à l'appendice xiphoïde, cinquante-huit centimètres et au bord supérieur de la tumeur, cinquante-six centimètres.

La tumeur, qu'on peut sentir dans la cavité abdominale, a des contours nets, une forme ovale longitudinale, et une surface lisse, sauf une bosselure arrondie, fluctuante, du volume du poing, qui se trouve du côté de l'ombilic. La consistance de la tumeur est assez dure, élastique; dans la profondeur de la tumeur, on sent nettement de la fluctuation et surtout sur les parties supérieures. La paroi abdominale est mobile sur la tumeur.

La portio est à peine sentie par le doigt. Elle est petite et ramollie,

déviée un peu en arrière et à gauche. L'orifice externe du col est arrondi et un peu ouvert. La longueur de la cavité utérine, mesurée au moyen de la sonde = 9 centimètres. La mobilité de la tumeur se transmet sur la portio. On ne peut déterminer les contours du corps de l'utérus. Dans le cul-de-sac vaginal droit, on sent un segment de la tumeur abdominale dur, vaguement fluctuant, et qui était cause de la situation élevée de l'utérus. On ne pouvait établir les rapports de ce segment avec ce dernier.

Comme antécédents, on sait seulement qu'à partir de l'âge de treize ans, jusqu'à une certaine période de sa maladie, elle était réglée régulièrement toutes les trois semaines, pas trop fort, pendant trois jours; elle s'est mariée à l'âge de vingt ans. A l'âge de trente-huit ans, elle est devenue veuve sans avoir conçu (syphilis chez le mari). On a constaté la présence de la tumeur, il y a neuf ans, alors elle ressemblait à un utérus gravide de quatre mois. Au bout de cinq ans, elle atteignit le volume d'un utérus gravide à terme.

Ce n'est que depuis cette époque que la malade souffre des troubles que détermine le volume considérable de la tumeur. A la même époque, la menstruation fut remplacée par des ménorragies qui n'étaient pas toutefois bien fortes. Il y a deux ans, un médecin lui fit une paracentèse qui n'a donné, au dire de la malade, qu'un demi-verre de liquide sanguinolent. La plaie guérit sans autre accident.

Diagnostic. — Kyste à parois épaisses, multiloculaire, avec contenu épais, colloïde, son pédicule est très court. La tumeur est en rapport intime avec l'utérus.

Avant l'opération, la malade a été mise à un régime réconfortant. Pendant ce temps la menstruation est devenue profuse, d'une durée de dix jours accompagnée de phénomènes dysménorrhéiques. La quantité des urines était diminuée (1600 c. c. dans les vingt quatre heures), et il y avait du pus.

Le 24 mai 1874 on a procédé à l'extirpation de la tumeur. L'opération commença d'après les règles de l'ovariotomie. Par la première incision, longue de quatorze centimètres, la paroi de la tumeur a été mise à nu, qui, comme aspect, avait une grande analogie avec un kyste multiloculaire, d'autant plus que la petite bosselure sus-mentionnée sur la paroi antérieure de la tumeur, se présentait ayant l'aspect d'une vessie remplie de liquide. Aussi elle avait été considérée comme une partie du kyste multiloculaire.

Près de l'angle supérieur de la plaie, un trocart de moyen calibre a été introduit, mais il s'en écoula un peu de liquide sanguinolent, quoique le trocart pénétrât complètement dans la tumeur et fut poussé dans toutes les directions, la quantité du liquide restait insignifiante et ressemblait de plus en plus à du sang. En outre, il en est sorti par la canule des caillots et des parcelles de tissu, analogues à des détritux graisseux (fettige détritux).

Dès qu'on s'est aperçu que le liquide qui s'écoulait se coagulait rapidement en l'air, c'est-à-dire qu'il formait des caillots sanguins assez gros, tandis qu'aucune diminution de la tumeur ne se produisait, on se décida à prolonger l'incision et à enlever rapidement la tumeur pour éviter l'hémorragie. En outre, il devenait probable que la tumeur n'appartenait pas à l'ovaire mais à l'utérus.

L'incision a été prolongée en suivant la même direction. La tumeur a été portée au dehors sans trop de peine. Comme aspect et comme volume, elle ressemblait à un utérus à la fin de la grossesse, mais il s'en distinguait par ce fait que les ovaires ne correspondaient pas d'après leur position au fond, mais à peu près au milieu de la cavité utérine.

Alors au lieu d'une ovariectomie c'est une hystérectomie qu'il fallait faire, qui a été faite. Les soins consécutifs et le traitement ont été les mêmes que dans l'ovariectomie. La température après l'opération s'éleva à 37°6; quatre heures après 38°3, la malade en ce moment eut des douleurs abdominales qui ont été calmées par la morphine. Nausées et vomissements. Urines en quantité insignifiante 140 c.c. en vingt-quatre heures. Douze heures après l'opération, température 38°2; pouls = 130 très petit. Le surlendemain signes de péritonite généralisée; température 38°7 pouls filiforme, jusqu'à 160 pulsations. Etat soporeux. Vingt-six heures après l'opération la malade meurt. A l'autopsie on trouve les anses intestinales agglutinées légèrement. Dans la cavité abdominale il y avait un exsudat purulent, demi livre à peu près. Anémie dans tous les organes. Rein gauche atrophié. Signes d'inflammation chronique interstitielle et parenchymateuse dans tous les organes.

Description de la tumeur. — La tumeur extirpée a été mise dans la liqueur de Müller. D'après la forme extérieure et le volume la préparation ressemblait à un utérus gravide de huit mois, elle pesait 2,400 gr. Sur la coupe suivant la longueur il faut décrire trois portions : 1° la

matrice, 2° une grande cavité dans l'épaisseur de la paroi antérieure et 3° des masses néoplasiques logées dans les parois de la cavité. La matrice est hypertrophiée énormément. La longueur de sa cavité depuis le fond jusqu'à l'orifice interne du col mesure 9,5 cm. La longueur de la portion du canal du col qui se trouve dans la préparation = 1,7 cm., la partie qui est restée sur le cadavre = 3 cm. La muqueuse utérine est épaisse, pâle, granuleuse (hockerig) et présente par places des excroissances polypeuses. La plus grande de celles-ci se trouve sur la paroi antérieure à 1,7 cm. au-dessus de l'orifice interne. Elle a une forme irrégulière et une surface inégale lobulée. Sa longueur = 4,6 c. sa largeur = 3,1 cm; son épaisseur = 1 cm.; le polype fait obstacle à la pénétration de la sonde dans la cavité utérine. Les parois de l'utérus sont épaissies mais d'une façon inégale. La paroi postérieure est plus épaisse au niveau du fond et plus mince au niveau de l'orifice interne. Mais la paroi antérieure atteint à ce niveau sa plus grande épaisseur.

2° Une cavité sphérique du volume d'une tête d'adulte, c'est elle qui détermine la forme et le volume de toute la préparation. Elle est en avant et en haut par rapport à la cavité de l'utérus. Les parois s'aminçissent en haut; ainsi la paroi antérieure de la cavité a 3 cm. d'épaisseur en bas, et dans les parties les plus élevées elle ne dépasse pas 5 mm. La paroi postérieure en bas = 15 cm., en haut 8 mm. Il est évident que ces parois étaient du vivant de la malade plus minces à la suite de la distension par le liquide. En un point correspondant à peu près au milieu et un peu à droite de la ligne médiane de l'utérus la paroi antérieure de la cavité paraît très mince (6 mm). Sur la coupe longitudinale on voit au même point une deuxième cavité du volume d'une noisette, qui s'abouche par une ouverture assez grande dans la cavité générale. C'était la vésicule distendue qui pendant l'opération simulait... un compartiment d'un kyste multiloculaire.

3° Les masses néoformées sont logées à la face interne des parois de la cavité et forment une couche d'épaisseur inégale (de quelques mm. jusqu'à 5 cm.). Elles se laissent difficilement détacher de la couche musculaire de la matrice, à laquelle elles adhèrent intimement, mais elles s'en distinguent par leur mollesse, leur porosité et en partie par une couleur plus sombre. Elles font saillie dans l'intérieur de la cavité sous forme de bosselures, d'excroissances ou des lames (Platten) assez longues et larges de 1-2 mm. d'épaisseur et formant alors des cloisons

incomplètes entre les petites sections (Abtheilung) de la cavité générale. Les surfaces libres de ces néoplasies qui sont tournées vers l'intérieur de la cavité sont revêtues en majeure partie d'une membrane ; par places on voit sur la surface de ces lames sus-mentionnées une pellicule blanchâtre, presque transparente, de la minceur du papier qui se laisse détacher facilement avec le doigt, du tissu sous-jacent. Macroscopiquement elles pouvaient être considérées comme les restes des parois propres des cavités kystiques de la tumeur. Mais cette hypothèse se trouve refutée par ce fait qu'on ne la rencontre pas partout dans la préparation, mais sur quelques points seulement et en deuxième lieu par l'examen microscopique.

4° Le liquide écoulé pendant l'opération et recueilli pesait douze litres. Il ressemblait à du sang étendu d'eau. Après un séjour de plusieurs jours à l'air il ne se coagula pas ; dans le vase il s'est formé un précipité composé de masses grisâtres lâches dont la structure histologique concordait complètement avec celui de la tumeur extirpée. Dans le liquide on trouve des globules rouges en grande quantité.

Examen microscopique. — L'enveloppe séreuse de l'utérus n'était pas altérée. Dans la couche musculaire de l'utérus on voit une hypertrophie des éléments, aussi bien du tissu conjonctif que du tissu musculaire. L'alternance des faisceaux de l'un et de l'autre tissu était surtout évidente dans les préparations faites avec l'acide picrique et le picrocarmin. Sur des coupes longitudinales, les faisceaux du tissu conjonctif et musculaire paraissent ondulés, comme des faisceaux de fibres élastiques, surtout sur des coupes prises sur les parties supérieures de la préparation, là où la paroi de la cavité est plus mince et qui, pendant la vie, a été distendue le plus par le contenu liquide. On a rencontré souvent des vaisseaux sanguins et, dans ces derniers, on a observé nettement les éléments de l'endothélium légèrement gonflés.

Les néoplasies de la face interne de la cavité étaient constituées presque exclusivement de fibres musculaires lisses avec une faible quantité de fibres conjonctives, de sorte que les préparations faites au picrocarmin et à l'acide picrique paraissent colorées en jaune d'une façon ininterrompue. Entre les parties solides de la tumeur, on voyait partout des cavités de toutes les dimensions et de toutes les formes. Là où les néo-formations paraissaient macroscopiquement plus dures, le nombre des cavités était plus petit et leur volume dépassait à peine

celui d'une cellule épithéliale pavimenteuse (Pflasterépithel) de la langue. Par contre, là où le tissu était plus poreux, plus on se rapprochait de la face interne de la cavité, plus les espaces cavitaires microscopiques susmentionnés devenaient grands, de sorte qu'en certains endroits, le tissu musculaire lui-même n'était représenté que par des travées étroites. D'ailleurs, on pouvait voir facilement sur une même préparation tous les degrés des cavités les plus petites jusqu'à celles qui étaient déjà visibles à l'œil nu. On pouvait voir par places le plus haut degré d'amincissement des cloisons qui séparent deux cavités successives et, si on peut s'exprimer ainsi, on assiste presque à la fusion de deux cavités voisines en une seule. Dans l'intérieur de pareilles cloisons minces qui étaient près de se déchirer, on voyait des vaisseaux sanguins relativement volumineux qui devaient subir probablement le même sort, fait qui nous explique la présence du sang dans le contenu liquide de ces tumeurs.

Un autre fait caractéristique pour les cavités ci-dessus décrites : elles se trouvent, comme nous l'avons vu, dans les interstices des éléments constitutifs de la tumeur, comme si elles avaient dissocié ces derniers, et ne présentaient pas trace de membrane propre. Le tissu entourant ces cavités formait leur limite unique et il paraissait, soit tout à fait normal, soit il montrait, par place, à la limite des cavités, une mince bordure de détritits graisseux. Cette circonstance pourrait indiquer une sorte d'agrandissement des cavités une fois formées ; mais le début de la formation des cavités resta pour nous, pendant longtemps, énigmatique. Ce n'est que plus tard, en faisant des préparations avec plus de soin que nous avons pu résoudre cette question. Il y avait des cavités qui, tout à fait semblables à celles que nous avons décrites ci-dessus, portaient sur leur face interne une couche ininterrompue de cellules endothéliales. Il était évident que les cavités en question devaient être, soit des vaisseaux sanguins ectasiés, soit des lymphatiques ectasiés. Mais la deuxième hypothèse était seulement permise, parce que ces cavités se trouvaient à côté des vaisseaux sanguins, et même elles s'en distinguent à première vue. Les contours des vaisseaux sanguins, coupés transversalement, formaient partout des figures régulières, rondes, ovales et étaient partout nettement limités par le tissu environnant ; tandis que les contours des cavités en question étaient plus ou moins irréguliers et leurs parois minces se perdaient insensiblement dans le tissu environnant.

Observation XIV

H. ROSEMANN, *Inaugural Dissertation*, Würzburg, 1890

Un cas de myome caverneux de l'utérus

Anna H..., soixante ans, entra à l'hôpital le 10 février. Son père est mort de vieillesse, sa mère de tuberculose. Elle a eu, étant enfant, une fluxion de poitrine. Règles à vingt et un ans, suppression des règles il y a quinze ans. Elle a accouché une fois, couches normales.

La maladie actuelle a commencé il y a trente ans, à peu près. La malade s'aperçut à cette époque que son ventre augmentait de volume. Les médecins consultés instituèrent un traitement médical interne qui n'a point donné de résultat. Le ventre augmentait de plus en plus, mais il n'y avait aucun trouble. Ces derniers ne commencèrent que dix ans après. Sensation d'oppression et de plénitude dans le ventre. Selles et mictions normales.

Etat actuel.—Facies jaunâtre, ganglions du cou et des aines moyennement tuméfiés. Thorax asymétrique, scoliose droite.

Abdomen surdistendu, par une tumeur, dont la circonférence au niveau de l'ombilic est de 138 centimètres. La paroi abdominale présente de nombreuses dilatations veineuses de chaque côté de l'ombilic. La limite du tympanisme abdominal est irrégulière. A la palpation, la consistance paraît assez molle. L'utérus est refoulé en avant. La tumeur à la palpation paraît appartenir aux annexes droites.

Laparotomie. — Incision de 50 centimètres. Une partie de la tumeur apparaît à la plaie, sa surface paraît lisse, recouverte de séreuse très injectée.

La main introduite dans la cavité abdominale ne peut pas atteindre l'extrémité supérieure de la tumeur qui paraît être adhérente, sur une grande étendue à l'intestin et probablement au bord inférieur du foie. Afin d'obtenir une réduction de la tumeur, on fit une triple ponction en haut, au milieu et en bas. Le liquide qui s'en écoula n'était autre chose que du sang, qui paraissait être veineux ; mais, pour éviter une déperdition plus grande de sang, les orifices furent suturées et l'incision fut prolongée de quelques centimètres, afin de se rendre compte de l'étendue de la tumeur et de la possibilité de l'opération. A gauche

de la ligne médiane, la tumeur est adhérente au colon. On a pu délimiter le bord inférieur du foie, et on a pu refouler la tumeur un peu de côté, de façon à rendre visibles ses limites supérieures. On détruit les adhérences avec le côlon. Quand on a dégagé ainsi le bord supérieur et la paroi postérieure de la tumeur, on a pu la renverser. Sur la face de la tumeur, il y a un grand nombre de grosses veines, toutefois on a réussi à décortiquer la tumeur sans provoquer d'hémorragie. Ensuite on a procédé à l'ablation de la tumeur.

Marche. — Mort.

AUTOPSIE. — Dans le petit bassin, on trouve les deux ovaires, l'ovaire droit a une consistance molle. L'une des trompes a été englobée par la tumeur, l'autre existe encore. L'utérus hypertrophié coiffant la tumeur à la manière d'un casque, se confond en haut sans limites précises avec la capsule de la tumeur. Sa cavité est de 24 centimètres, et sa largeur de 5 centimètres au niveau de l'orifice interne. La muqueuse est lisse, d'un rouge pâle. Les parois de l'utérus sont épaissies, mais inégalement.

La tumeur elle-même a une forme ovoïde d'aspect rougeâtre. La surface est sillonnée de nombreux vaisseaux. Le péritoine est épaissi. Elle mesure 55 centimètres de longueur et 42 centimètres de largeur. Sa circonférence est de 86 centimètres. Toute la tumeur avec l'utérus pèse 60 livres, et elle est divisée par un sillon en deux parties, la partie droite est plus sphérique, et la gauche est irrégulière. Sur cette dernière, on observe trois saillies séparées par des sillons. On voit à côté de la saillie supérieure une masse grosse comme le poing, munie d'un pédicule très large.

La consistance de la tumeur est dure, il n'y a que la partie gauche seulement qui paraît molle et fluctuante. La tumeur est incisée suivant la longueur. Il s'écoule de sa partie gauche une certaine quantité de sang. L'aspect de la tumeur sur la coupe est variable.

Dans les parties droites on aperçoit des bandes, blanches nacrées de largeur variable, enchevêtrées et entre ces bandes des masses rouges dépassant un peu la surface de section. Ces dernières sont dures à la palpation. Les vaisseaux sont très petits et rares. Dans certains endroits le tissu, entre les bandes, prend un aspect gélatiniforme. La moitié gauche est occupée en haut et en bas par une zone d'un tissu spongieux. Cette partie a un aspect rouge, sombre. Les bandes conjonctives diminuent et les vaisseaux deviennent plus nombreux. A la

pression il s'écoule du sang. L'état spongieux est très net dans certains endroits, on y voit un réseau fin avec des cavités de la grosseur d'un grain de millet à celui d'un pois chiche. Partout il y a des caillots. On n'a pas pu établir un rapport entre ces cavités et les vaisseaux. Deux veines de la périphérie du volume d'une plume d'oie remplis de sang coagulé, présentaient des dilatations variqueuses. Cet aspect microscopique indique qu'il s'agit d'un tissu caverneux. En haut on trouve en plus un certain nombre de kystes plus ou moins grands. Le plus grand mesure 7 centimètres de longueur sur 3 centimètres de largeur. Les kystes contiennent une petite quantité d'un liquide jaunâtre, coloré en partie par le sang. La plupart des kystes communiquent entre eux. Leurs parois sont lisses, d'aspect jaunâtre. Deux espaces kystiques analogues siègent en haut et à droite. La néoplasie est en rapport avec la paroi postérieure de l'utérus.

L'aspect microscopique varie comme l'aspect macroscopique, suivant les parties qu'on examine. Dans les parties centrales de la tumeur on ne voit sur les préparations rien que des fibres conjonctives formant un réseau dense contenant de nombreuses gouttelettes graisseuses. Il n'y a pas de fibres musculaires lisses, par conséquent c'est un fibrome pur. En traitant par l'acide acétique on aperçoit des cellules fusiformes, rondes, irrégulières avec des noyaux arrondis ou ovoïdes. La plupart ont subi la dégénérescence graisseuse.

Les nodules jaunâtres qui font saillie à la surface de section sont constitués par du tissu conjonctif et de la graisse. L'absence de fibres musculaires lisses et la métamorphose graisseuse dominent également dans le voisinage des kystes.

L'origine de ces derniers est restée douteuse. Le grand nombre de ces kystes, la communication qui existait entre elles militerait en faveur d'une origine lymphatique, cependant l'absence d'un endothélium sur la paroi des kystes contre-indiquent cette manière de voir. L'examen microscopique a fourni des résultats négatifs.

Les parties riches en vaisseaux se distinguent essentiellement au point de vue de leur structure histologique des autres parties de la tumeur.

D'abord, le tissu conjonctif, ici, diminue et les fibres musculaires lisses deviennent prépondérantes. Sur des coupes on voit partout plus ou moins de vaisseaux et des cavités de diverses dimensions, mais on trouve rarement, dans les cavités, un revêtement particulier pouvant

être considéré comme un endothélium. Dans aucun cas il n'était complet.

On ne voit que des cellules endothéliales tantôt libres dans la lumière des cavités, tantôt plus ou moins adhérentes. Lorsqu'on pense, combien facilement une membrane aussi délicate peut être détruite par des artifices de préparation, ces petits endroits peuvent être considérés comme des capillaires dilatés. On n'a pas pu établir la continuation directe d'un vaisseau avec un espace sanguin. Il s'agit d'un myome caverneux. L'état variqueux des veines parle en faveur d'un processus se condair.

DEUXIÈME PARTIE

FIBROMYOMES KYSTIQUES A KYSTES REVÊTUS D'UN ÉPITHÉLIUM

HISTORIQUE ET PATHOGÉNIE EN GÉNÉRAL. — Dans ce chapitre nous allons étudier les fibromes kystiques, dans lesquels les kystes sont revêtus d'un épithélium, question très importante, autant par les discussions auxquelles elle a donné naissance, que par l'autorité de ceux qui y ont pris part, aussi bien que par l'importance qui s'y attache au point de vue de la pathogénie des tumeurs.

Il ne faut pas remonter jusqu'à la création du monde, pour trouver ce genre de tumeurs, car elles datent à peine d'hier, et les observations se comptent encore. Les auteurs de la première moitié de ce siècle les ignoraient complètement. Rokitansky n'en fait pas mention. Virchow, qui a promené son microscope un peu partout, et qui a examiné à peu près tout ce qui a trait de près ou de loin à la pathologie, parle de véritables kystes avec une membrane particulière, mais il ne va pas plus loin. Cruveilhier cite des kystes réguliers constitués par une membrane, susceptible d'être démontrée par la dissection, mais il ne donne pas d'autres détails. Gordon aurait

trouvé un kyste dont la paroi interne serait revêtue d'un épithélium, mais la tumeur avait été considérée plutôt comme un kyste ovarien, en tout cas l'observation est vague. Ranvier et Malassez, en France, ont trouvé, eux aussi, de petits cystes dans les corps fibreux dont les parois étaient revêtues d'un épithélium à cellules courtes à gros noyaux. Mais la première observation bien prise, où l'on trouve une description bien nette de kystes revêtus d'un épithélium est celle de Babes en 1883.

Comme cela arrive, la première observation a attiré l'attention des auteurs et a eu pour résultat la publication d'autres observations analogues. D'ailleurs, comme dit Breus dans plus d'une des anciennes observations, on aurait pu révéler la présence d'un épithélium revêtant les kystes, si on l'avait su.

Peu de temps après, Diesterweg publia une autre observation avec examen microscopique, de fibrome kystique dont les kystes sont tapissés d'un épithélium cette fois ci à cils vibratiles. Comme interprétation il pense, en opposition en cela avec les idées de Virchow, qu'on ne peut l'expliquer qu'en admettant la présence d'un germe embryonnaire anormal, conformément aux idées de Conheim sur la pathogénie des tumeurs. Des canaux de Gartner comme point de départ de ces formations, il n'en est pas question. D'ailleurs la persistance de ces canaux à la seconde moitié de la vie embryonnaire était fortement contestée, et on discutait même leur rôle pathogénique dans les kystes du vagin, connus depuis plus longtemps, mais on ne songeait pas encore à les faire intervenir dans la production des kystes de fibromes. Cependant on savait que des kystes pouvaient prendre naissance dans l'utérus, rarement il est vrai, et que Coblenz, en 1881, les avait rattachés à la persistance des canaux de Wolff.

C'est Fischel qui en 1884 le premier émit l'opinion, sans en

fournir la preuve, que « probablement beaucoup de fibromes kystiques de l'utérus doivent être rattachés, quant à leur naissance, aux rudiments des canaux de Wolff qui, enveloppés d'une gaine musculuse, sont inclus dans la substance de l'utérus. » Cependant, avant d'accepter cette manière de voir et avant d'admettre que des kystes peuvent prendre naissance aux dépens des canaux de Gartner, il fallait démontrer la persistance de ces canaux d'une façon positive, d'autant plus que Dohrn prétendait que ces canaux ne persistent que tout à fait exceptionnellement dans la seconde moitié de la vie intra-utérine, et que Nagel, de Vienne, contestait formellement toutes les observations de persistance des canaux de Gartner.

G. Klein eut la bonne chance de faire, en 1890, l'autopsie d'un fœtus à terme, mort-né, chez lequel il a trouvé, dans la partie droite de l'utérus, une dégénérescence kystique du canal de Wolff, avec un épaissement de la musculature de l'utérus.

Entre 1884 et 1890, trois autres observations ont été publiées, dans lesquelles il est question d'un épithélium revêtant les parois des kystes des fibromes utérins.

La première de ces observations appartient à Schatz (1884), se rapportant à un fibro-adénome kystique diffus et polypeux de l'utérus, que cet auteur a considéré comme une affection kysto-adénomateuse des glandes utérines.

La seconde observation est de Loéhlein, qui a présenté à la séance du 16 avril 1889 de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Berlin un cas d'adénome de l'utérus avec kystes nombreux dans les parois du corps de l'utérus, mais ces kystes, d'après Loehlein et d'après Ruge, sont dus à la pénétration des glandes de la muqueuse utérine.

L'autre observation appartient à Schroeder, ayant trait à trois polypes fibreux, dont le centre était occupé par de

nombreux kystes avec contenu sanguinolent et dont les parois étaient revêtues d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles.

D'après Ruge, qui en fit l'examen microscopique, les kystes ne sont autre chose que des culs-de-sac glandulaires étranglés de la muqueuse.

Comme on voit, les auteurs précités ne virent aucune sorte de nécessité de les faire provenir des canaux de Gartner.

En 1893 paraît le travail de Hauser « sur la présence des glandes en tubes dans les fibromyomes de l'utérus ». Cet auteur a trouvé, dans un myome sous-séreux, du volume d'une noisette, un groupe de glandes ramifiées en communication entre elles, et pourvues d'un épithélium cylindrique sans cils vibratiles. Celles-ci siégeaient près de la périphérie, à la partie équatoriale de la tumeur, sans atteindre cependant la séreuse, elles étaient longues de plus d'un demi-millimètre et larges d'un dixième de millimètre. Le tissu myomateux était tout à fait typique. Dans les autres endroits et dans les tumeurs situées en dehors, il n'y avait pas trace de glande, fait sur lequel Hauser insiste plus particulièrement.

Quant à la provenance de ces éléments glandulaires, il discute la possibilité de deux hypothèses. La première est celle de Cohnheim, celle d'un trouble de formation suivant lequel des cellules épithéliales des canaux de Müller se seraient égarées dans un point de l'utérus où il y avait déjà des germes de myome. Plus tard, ces derniers se mettant à proliférer, les autres se trouveraient forcément inclus et étranglés dans le myome.

Ce serait une tumeur mixte que Hauser compare à un sarcome du testicule avec des îlots cartilagineux. Par conséquent il se range à l'avis de Babes et de Diesterweg. La seconde hypothèse serait celle d'une origine glandulaire aux dépens de la muqueuse utérine. Les glandes de la muqueuse enflammée, elle est presque toujours, émigreraient dans la tumeur déjà formée et s'y étranglèrent.

Mais il repousse cette provenance, parce que le myome était sous-séreux, très éloigné de la muqueuse utérine, et parce qu'on a trouvé encore en dehors des glandes à épithélium à cils vibratiles, on a trouvé également des kystes à épithélium ciliés.

Tous ces auteurs ont des idées exclusives sur la pathogénie de ces kystes et cherchent à expliquer leur provenance, suivant leurs tendances personnelles, et en éliminant soigneusement les idées des autres.

Pendant que Hauser publiait les résultats de ses recherches, Schottländer, de l'Institut anatomo-pathologique de Heidelberg, publiait ses recherches sur un myome contenant des kystes, et concluait ainsi: « D'après une opinion très répandue, les myomes existent primitivement (Ursprünglich) dans la musculature de l'utérus, ils persistent dans cette position ou ils évoluent, soit du côté de la muqueuse, soit du côté de la séreuse. Si l'on accepte cette manière de voir, on est forcé d'admettre qu'une certaine irritation sur la muqueuse utérine est exercée par la tumeur, que la muqueuse s'enflamme et qu'elle envoie, suivant le siège du myome, des glandes. » Ça peut être vrai pour les myomes sous-muqueux seulement.

Schottländer est même porté à admettre, qu'ici, il ne s'agit pas seulement d'un processus tout à fait secondaire, mais qu'il y a rapport plus intime entre la tumeur et la prolifération glandulaire. Même plus, l'inflammation de la muqueuse serait peut-être le point de départ de la formation du myome.

Si Pilliet considère les vaisseaux comme le point de départ des néoplasies utérines, Schottländer incrimine la muqueuse utérine.

En 1892, Pfannenstiel étudie un utérus hypertrophié, doublé de volume. Sur la face péritonéale de l'organe, il y avait de nombreux kystes contenant un liquide clair et revêtus

d'un épithélium cylindrique à cils vibratiles. Il y avait également des kystes sur les ovaires et sur les trompes.

Sur la moitié droite de l'utérus, il y avait un nodule du volume d'une noisette contenant un certain nombre de cavités, logées dans un stroma traversé par de rares fibres musculaires lisses. Il n'hésite pas à conclure que les kystes ne proviennent pas de l'utérus, de l'endométrium, ni de la séreuse, mais il affirme que l'épithélium vibratile du péritoine de l'utérus ne peut venir que par voie de métastase de l'ovaire gauche, qui contenait des kystes.

Cette idée de Pfannenstiel est repoussée par Breus, qui pense que c'est plutôt du côté du canal de Gartner qu'il faut chercher.

On en était là, lorsque Recklinghausen intervint dans la question. On peut dire, dès le début, et avant d'entrer dans aucun autre détail, que les travaux de cet auteur ont établi, d'une façon définitive, le rôle pathogénique de l'organe de Wolff, pour certaines néoplasies de l'appareil sexuel de la femme. Ses recherches minutieuses, ses coupes microscopiques, ses descriptions ne laissent rien à désirer et sont de nature à convaincre même les plus sceptiques. Certes, il y a des lacunes dans son travail; certes, les résultats de ses recherches ont soulevé des critiques de certains côtés, mais le résultat persiste quand même, et les objections métaphysiques ne valent rien à côté de l'évidence, la théorie pure et simple à côté d'une belle coupe microscopique.

C'est suivant les idées de cet auteur que nous donnerons plus loin l'anatomie pathologique et microscopique de ces néoplasies aux dépens du corps de Wolff.

Recklinghausen, après avoir examiné une trentaine de tumeurs dans lesquelles il a rencontré des éléments analogues au point de vue histologique aux canalicules des reins primitifs s'est vu amené à admettre que tous les adénomyomes et kys-

adénomes se développent aux dépens du corps de Wolf jusqu'au jour où d'autres observations l'ont forcé à admettre une autre variété aux dépens des glandes de la muqueuse. D'après Recklinghausen, c'est aux dépens des débris du corps de Wolf que prendraient naissance des productions qu'il désigne sous le nom d'adénomes, d'adéno-fibromes, de kystadénomes et suivant la prédominance de tel ou tel tissu. L'analogie des éléments glandulaires de ces productions est tellement frappante avec les parties constituant le corps de Wolf qu'on peut accepter les conclusions de Recklinghausen sans réserves.

Certains adénomes peut-être reconnaissent pour origine le canal de Wolf, comme prétend Meyer, mais le corps de Wolf y joue un rôle prépondérant comme le fait a été constaté par l'auteur précité également.

En 1892 déjà Recklinghausen avait vu dans des utérus déformés, bicornes, à côté du canal de Wolf bien conservé, des tubes glandulaires avec productions kystiques au niveau des angles tubaires de l'utérus. De ces parties comme point de départ se détachaient, parcourant tout le corps de l'utérus, de larges cordons et des couches d'un tissu conjonctif très riche en noyaux contenant des glandes; c'est à cette production que Recklinghausen a donné le nom d'adénofibrome. Lorsque ces productions se trouvent incluses dans un myome d'une façon quelconque, il se produit des kystes, et un cystadénomyome prend naissance.

En 1893 le même auteur revient à la charge à propos de la présence d'adénokystes dans la paroi utérine et surtout de fibromyomes, et repousse formellement l'hypothèse de leur développement aux dépens de la muqueuse utérine. Il soutient leur provenance aux dépens du corps de Wolf dont il avait observé des résidus dans le ligament large, dans les kystes microscopiques du col de l'utérus, etc.

En 1896, Recklinghausen publie son livre « *Über Adenomyome und Kystadenomyome der uterus und der Tubeinvar* » dans lequel il expose sa théorie avec tous les détails et toutes les observations que comporte la question.

Presque à la même époque, G. Ricker, à l'occasion d'un cas de paroophoron qu'il a observé, confirme les recherches de Recklinghausen, et admet la possibilité de la production d'adénofibromes qui peuvent prendre naissance aux dépens du paroophoron qu'il a observé lui même dans l'utérus, au niveau des angles tubaires. Il dit, en outre, que la présence anormale de paroophoron dans l'utérus explique la présence de certains kystes dans le corps de l'utérus, tandis que la présence du canal de Gartner dans le col et dans le vagin explique les kystes de ces deux territoires anatomiques.

Examinant plus loin les idées de Recklinghausen sur la provenance des espaces épithéliaux dans les myomes utérins, dit que la structure histologique du corps de Wolff étant constituée exclusivement par du tissu conjonctif riche en cellules et d'épithélium, tandis que les rares fibres musculaires de la périphérie, appartiennent évidemment à l'utérus, rend impossible par principe cette provenance. Par conséquent, il admet la production de tumeurs kystiques et d'adénofibromes aux dépens du corps de Wolff, mais non pas de myomes comme le veut Recklinghausen.

Le même auteur en discutant la pathogénie des myomes et la présence d'éléments épithéliaux dans les myomes signalés par Babès, Diesterweg, Hauser, etc., reconnaît que leur provenance est difficile à éclaircir, vu le petit nombre d'observations. Dans ce but, il a examiné tous les myomes pendant un semestre dans l'institut pathologique de Zurich, et il a trouvé cinq fois des éléments épithéliaux dépourvus de tout élément cancéreux, ainsi que toute la musculature de l'utérus. Nous en donnons plus loin les observations. Au point de vue de la

provenance, il repousse l'idée que ces éléments puissent reconnaître la muqueuse utérine comme origine. L'influence de la muqueuse est discutable, même pour les myomes sous-muqueux, à plus forte raison pour ceux qui sont sous-séreux. En outre, le parenchyme utérin a été examiné tout autour du myome dans tous les points et il a été impossible d'y trouver des éléments épithéliaux. On ne peut pas admettre non plus une métastase de l'épithélium de la muqueuse non cancéreuse dans un tissu éloigné. Il ne reste alors que l'hypothèse d'un trouble embryologique. Après avoir éliminé l'idée d'une provenance aux dépens du corps de Wolff, vu la structure histologique de ce dernier (épithélium et tissu conjonctif) et pas de tissu musculaire, il pense que le canal de Gartner qui possède une musculature (Dohrn, Rieder) pourrait par conséquent expliquer par une dissociation (Absprenging) d'épithélium et de musculature la présence d'épithélium dans le myome et le myome lui-même, tandis que du corps de Wolff, il ne pourrait provenir que du tissu épithélial et du tissu conjonctif riche en cellules. Mais précisément ce tissu conjonctif manque dans les cas qu'il a observés.

Les cordons épithéliaux et les kystes sont entourés directement de faisceaux de fibres musculaires lisses. Si l'on voulait par conséquent les expliquer d'après Recklinghausen, on serait obligé d'admettre un processus très complexe et on devrait admettre d'abord une sorte de séparation des éléments épithéliaux du tissu conjonctif pluricellulaire qui les entoure avant qu'ils aillent se loger dans le tissu utérin. Il est encore plus difficile de comprendre, d'après cet auteur, comment et pourquoi ces éléments épithéliaux détermineraient une prolifération du tissu utérin, au lieu d'entrer en prolifération eux-mêmes. On ne connaît encore rien de positif non plus d'une communication de l'énergie de croissance (Wachsthumsenergie) d'un tissu à un autre tissu étranger, et par conséquent

on est hors d'état d'expliquer le rapport d'un myome à inclusions épithéliales avec le corps de Wolff. Mais il ne reste que deux hypothèses, la première est celle qui rapporterait ces myomes au canal de Wolff, et la seconde est celle qui admettrait un trouble des canaux de Müller, deux conduits composés d'épithélium et de tissu musculaire et qui, par une dissociation simultanée de ces deux parties constituantes, donnerait naissance à ces myomes. Mais il est très difficile de se prononcer en faveur de l'un ou l'autre de ces canaux, d'autant plus qu'on ne connaît pas du tout à quelle époque de la vie embryonnaire se produirait cette dissociation de la musculature et de l'épithélium.

On peut admettre cependant que ce processus se passe à l'époque où les canaux de Müller prennent naissance aux dépens des canaux de Wolff, car cette période serait très propice à des processus analogues. Cette période est caractérisée par un accroissement rapide de ces organes et par un changement de position, ce qui crée des conditions favorables à la séparation d'une plus ou moins grande partie de ces organes et qui pourraient rester dans l'utérus pour entrer plus tard en prolifération sous une influence quelconque et donner naissance à des tumeurs.

Si la dislocation a lieu à l'époque où le canal de Wolf subit sa régression et les canaux de Müller s'accroissent rapidement pour fermer les trompes, l'utérus et le vagin, on est forcé d'admettre une origine aux dépens des canaux de Müller.

A la rigueur on peut admettre que le canal de Wolf d'une façon anormale peut se trouver inclus en partie ou en totalité dans son organe voisin, et parvenir ainsi dans le corps de l'utérus, où cependant jusqu'à présent on n'en a pas trouvé trace. Mais même en le supposant on ne peut pas expliquer la production des myomes non plus, parce que les myomes sont bien plus fréquents au niveau du corps, là justement où

le canal de Gartner fait défaut, qu'au niveau du col et encore moins au niveau du vagin là où le canal de Gartner persiste et là où les myomes sont excessivement rares.

Par contre, le canal de Müller, en raison de son accroissement rapide et considérable, et en raison de ses courbures dans les trompes, l'utérus et le vagin, peut être considéré comme servant de matrice à ces productions. En somme Ricker n'admet pas la théorie de Cohnheim car les germes dont l'existence Cohnheim admet n'ont été trouvés nulle part, par conséquent il n'admet pas la présence d'un germe myomateux dans lequel tomberait par hasard un autre germe du canal de Müller qui se trouverait inclus plus tard dans un myome en cas que le germe myomateux se mettrait à proliférer, mais il admet un processus bien moins hypothétique, d'ordre embryologique et sans avoir recours à une double hypothèse il explique ces productions par deux processus connexes : à la suite d'une dissociation de l'épithélium et de la musculature du canal de Müller il se produit en même temps d'un côté un myome et d'un autre côté des productions épithéliales.

Ricker serait même disposé à étendre cette théorie à tous les myomes ; même à ceux qui en sont dépourvus et dans lesquels ces éléments épithéliaux auraient subi une régression ou seraient difficiles à trouver parce qu'ils peuvent exister dans un seul endroit ou parce qu'on n'a pas cherché. D'ailleurs il se peut que du tissu musculaire seulement se détache des canaux de Müller sans épithélium et qui fournirait plus tard des myomes.

En 1894, Breus publie deux cas de kystomyomes avec examen complet et attribue les kystes à la persistance des canaux de Gartner en se basant sur la présence d'autres kystes simples dans les parois de l'utérus, sur leur situation, sur leur structure, il croit que pas mal de kystes signalés dans les fibromyomes de l'utérus doivent être rattachés à la persistance

de ces canaux et comme conclusion finale d'un côté il trouve inutile, l'hypothèse de l'hétéroplasie dans les myomes et d'un autre côté il ne repousse pas la possibilité d'une origine des glandes de la muqueuse, en tout cas, si cela est, ce n'est que pour les fibromes sous-muqueux et non pour les fibromes éloignés de la muqueuse.

En 1897, Robert Meyer (*Zeitschrift für Geburts hülfe und gyneskologie* Band 37, page 327) expose ses recherches sur la genèse des cystadénomes et dans une série d'examens d'utérus, il arrive à mettre tout le monde d'accord. Il a trouvé d'abord dans un utérus d'une nullipare de vingt-trois ans, dans la partie supérieure du col jusqu'au-dessus de l'orifice interne, dans le myomètre, des glandes et des kystes avec un épithélium cylindrique cubique. Le tissu conjonctif qui les accompagnait, riche en cellules rondes, et fusiformes, dans certains endroits n'existait que du côté tourné vers la muqueuse, dans d'autres endroits il enveloppait les glandes complètement, mais les glandes étaient entourés en outre d'une couche musculaire circulaire et large.

En étudiant l'origine de ces glandes, et dans l'impossibilité de les rattacher à une néoplasie maligne, il se pose la question de l'éclatement embryonnaire de la muqueuse (embryonal Schleimhautversprengung) et il s'efforce de démontrer que la muqueuse du nouveau-né n'est pas toujours dépourvue de glandes et ces glandes sont souvent acineuses avec le caractère de l'épithélium du col, tandis que dans d'autres utérus appartenant à des fœtus même plus jeunes sont tubuleuses avec épithélium du corps. Par conséquent, suivant que l'éclatement glandulaire se produit dans la forme acineuse ou dans la forme tubuleuse, il se produira des kystes remplis de mucus ou non. Et pour confirmer ce qu'il avance il présente un utérus de nouveau-né au niveau du fond duquel, sous la muqueuse mais complètement séparé d'elle par une couche

musculaire, un gros kyste avec deux autres petits présentent encore une structure acneuse. Par contre il présente un autre utérus d'un fœtus à terme dans le myomètre duquel on voyait une glande tubuleuse qu'on ne peut rapporter qu'à la muqueuse. Il n'y a même pas la moindre analogie avec les reins primitifs. Il est même allé plus loin ; comme le myomètre s'est introduit entre la glande et la muqueuse, comme il ne recouvre la partie tout à fait périphérique de la glande qu'avec la couche musculaire externe, cette dernière fait ici saillie, ce qu'il considère comme un signe de pression de la part de la glande, et comme la couche interne plus forte s'étend de plus en plus, et la couche externe, plus faible, cède de plus en plus, on ait l'impression, chez les adultes, de la présence de glandes muqueuses à la périphérie de l'utérus.

S'il en est ainsi, les cas de Häuser et de Ricker s'expliquent sans qu'on ait besoin d'avoir recours à d'autres hypothèses.

Ici, R. Meyer admet, établit une première variété de formation d'adénome d'origine embryonnaire aux dépens des germes de la muqueuse, même dans les couches périphériques.

2.) *Adénomes acquis aux dépens de la muqueuse.* — Il admet avec les autres auteurs la présence de glandes de la muqueuse dans les myomes sous-muqueux et les polypes, contrairement à Häuser et Ricker qui les considèrent comme très hypothétiques. Mais il présente une observation d'adénome pénétrant profondément dans le myomètre et développé aux dépens de la muqueuse. A la face profonde de l'utérus on trouve que la muqueuse envoie des glandes qui se transforment en kystes plongeant dans la musculature. Les kystes sont entourés d'un tissu cytogène. Les kystes ont un épithélium à une ou à plusieurs couches. Les cellules sont cylindriques et dans certaines glandes hautes et étroites. Elles

sont distribuées d'une façon inégale dans le corps de l'utérus et atteignent leur maximum au niveau de l'angle tubaire gauche.

3.) *Adénomes aux dépens des canaux de Gartner.* — Il a eu l'occasion d'observer également un adénome aux dépens des canaux de Gartner, mais il n'a pas pu établir une connexion du canal de Gartner avec l'époophoron.

4.) *Adénomes aux dépens du corps de Wolff.* — Mais il a observé également des adénomes qui présentaient beaucoup d'analogie avec ceux qu'a décrit Recklinghausen et que vu leur structure et leur disposition ne peuvent être attribués qu'au corps de Wolff.

Comme conclusion, il dit qu'il n'est pas toujours possible de déterminer le point de départ des adénomes chez les adultes.

Le siège n'est pas décisif.

On ne peut pas conclure de leur siège de prédilection au niveau du col et au niveau du fond à leur provenance du corps de Wolff ou de son canal, parce que la muqueuse de l'utérus du fœtus offre dans ces endroits justement les plus grands embranchements et est disposé à l'éclatement glandulaire.

La paroi antérieure de l'utérus peut loger également des restes de reins primitifs.

Comme preuve positive de l'origine des reins primitifs, il n'y a que la structure des glandes.

En ce qui concerne les corpuscules pigmentaires on ne peut pas les considérer comme un signe distinctif, tout au plus on peut admettre qu'elles appartiennent aux adénomes en voie de croissance et qu'ils pourraient être considérés comme l'expression d'une activité sécrétoire.

Le tissu cytogène ne peut pas très interprété comme contraire à l'hypothèse de la théorie wolffienne.

Le corps de Wolff joue le rôle le plus important dans la production de ces adénomes.

On voit par cet exposé que l'histoire de ces productions est encore loin d'être faite à l'heure actuelle, et qu'il est bien difficile de classer ces quelques observations d'une façon rationnelle suivant leur pathogénie.

Tout ce qui, de près ou de loin, entre dans la constitution normale et anormale de l'utérus a été incriminée, depuis les glandes de la muqueuse utérine qui, sûrement, doivent jouer un rôle quelconque dans ces productions, jusqu'aux germes de Cohnheim, dont l'existence n'a jamais été démontrée. A la rigueur, on pourrait bien admettre que tout est dans tout, et que tous les éléments qu'on peut rencontrer d'une façon quelconque dans la matrice peuvent y être pour quelque chose, mais, jusqu'à présent, il y a deux types qui se dégagent d'une façon certaine, à savoir les kystes aux dépens des canaux de Gartner et ceux aux dépens des débris du corps de Wolff.

Nous avons dit que Recklinghausen a été amené à admettre des kystes aux dépens des glandes de la muqueuse utérine. Schatz, Lohlein, Meyer indiquent cette origine pour les cas qu'ils ont rapportés. Quant aux autres observations (Babes, Diesterweg, Hauser, Pflannenstiel), on pourrait les rattacher sans trop forcer à l'un des types sus-mentionnés, les unes aux kystes prenant naissance aux dépens des débris du corps de Wolff, les autres aux dépens des glandes de la muqueuse.

Nous étudions plus loin les kystes aux dépens des canaux de Gartner et les adénomyomes kystiques aux dépens du corps de Wolff. Nous donnons les observations de Babes, de Diesterweg et de Ricker et une observation de Schottlander sur « les éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus », aux dépens de la muqueuse utérine, dont nous acceptons l'existence.

PREMIÈRE VARIÉTÉ

Kystes des fibromyomes aux dépens des canaux de Gartner

HISTORIQUE — Nous allons dire d'abord deux mots sur ces canaux.

Les canaux de Gartner, représentés chez l'homme par le *vas deferens*, ont été l'objet de recherches et de discussions fort nombreuses; admis par certains auteurs, après la vie intra-utérine, rejetés par d'autres, ils ont été observés pour la première fois en 1559, par Colombo, ils ont été retrouvés par Malpighi en 1681, mais ils n'ont été bien décrits qu'en 1822 par Gartner, dont ils portent le nom, mais Gartner ne les a pas vus chez la femme, il les avait observé chez la vache. D'après Gartner, les canaux commencent avec l'organe de Rosenmüller, passent dans la substance utérine et viennent s'ouvrir au niveau du vestibule.

Jacobson, en 1830, et Kobelt, en 1847, retrouvent les mêmes canaux, mais, tandis que Jacobson dit que ces canaux persistent même chez l'adulte, Kobelt affirme qu'à partir du quatrième mois de la vie intra-utérine, il n'en reste que des vestiges ou qu'ils disparaissent complètement. Chez la femme, ils subissent une régression complète et disparaissent dans leur extrémité inférieure sans laisser des traces.

Koliker a vu des restes très nets du canal de Gartner chez un fœtus à terme dans le ligament large.

Beigel a observé chez le fœtus à terme, de chaque côté de l'utérus, un canal qu'il considère comme le canal de Wolff. Il a observé également les restes du corps de Wolff.

Dohrn prétend que les canaux de Gartner ne persistent qu'exceptionnellement chez l'embryon humain dans la seconde

moitié de la grossesse, que le canal de Gartner existe le plus souvent du côté droit que du côté gauche.

Qu'il présente des sinuosités, qu'il atteint l'utérus au niveau de l'orifice interne, mais qu'il disparaît complètement au niveau de l'orifice urétral. Leur épithélium est cylindrique à petites cellules.

Rieder, très catégorique, affirme que des résidus des canaux de Gartner, on les rencontre dans le tiers des cas chez les femmes et persistent jusqu'à l'extrême vieillesse, qu'ils sont situés en avant et sur les côtés de l'utérus et du vagin et on les rencontre plus souvent à droite qu'à gauche.

Walther et Richelot pensent à peu près de la même façon.

Ils sont revêtus d'un épithélium cylindrique à une seule couche et cet épithélium repose sur une couche de tissu cellulaire qui est entourée d'une tunique musculieuse en trois couches, une couche moyenne circulaire et deux autres interne et externe-longitudinales.

G. Klein (1890) présente une belle observation du canal de Gartner avec dilatation kystique et hyperplasie utérine.

Breüs (1894) également.

Par conséquent on est forcé d'admettre la persistance de rudiments des canaux de Gartner et parfois même dans leur intégrité.

En ce qui concerne leur trajet, les auteurs ne sont pas d'accord.

Tandis que Riëder dit que la partie inférieure de ces canaux s'atrophie et qu'on ne peut pas les voir dans la partie inférieure du vagin, Dohrn dit que le canal de Gartner atteint l'utérus au niveau de son orifice interne, chemine dans ses bords externes et remonte vers le cul-de-sac du vagin. Il est parfois spiral. Sa paroi interne porte un épithélium à cellules cylindriques courtes, et au-dessous une couche de tissu conjonctif fibrillaire, auquel l'épithélium adhère faiblement,

parfois il s'en détache et tombe dans la lumière du canal.

Voici une description détaillée sur les rapports des canaux, dus à Klein et présentée au Congrès allemand de gynékologie en 1897.

« Chez un nouveau-né, il a pu suivre, sur des coupes microscopiques, en série, les canaux de Gartner, depuis le parovarium, au-dessous des trompes, dans le ligament large jusqu'au corps de l'utérus. Le canal droit s'enfonçait au-dessus de l'orifice interne dans la substance utérine et cheminait dans le col, où il se terminait en cul-de-sac.

Le canal gauche cheminait dans le parametrium contre le corps de l'utérus, il était atrophié sur une faible étendue, mais reparaissait bientôt dans la substance de l'utérus au-dessus de l'orifice interne et passait du col dans la portio, où il se recourbait en haut, il traversait par une seconde courbure le cul-de-sac du vagin et cheminait du côté de la cloison jusqu'à la membrane hymen, au niveau du bord libre de laquelle il s'ouvrait.

Lorsque la partie inférieure de ce canal persiste, dit cet auteur, elle chemine à côté du vagin jusqu'à la vulve et se termine au bord libre de la membrane hymen.

D'après ces observations, on est autorisé à admettre que le canal de Gartner chemine, du parovarium jusqu'à l'utérus dans la substance duquel il s'enfonce au niveau de son orifice interne, parcourt le côté externe de la substance utérine, passe dans le col, dans la portio où il se recourbe pour passer dans le cul de sac du vagin afin d'aboutir dans la membrane hymen.

La preuve de la persistance de la partie inférieure du canal de Gartner a été apportée par Klein et Groschoff.

La muscularis se compose de trois couches, une couche interne longitudinale, une couche moyenne circulaire et une couche externe longitudinale également.

Le canal de Wolff possède un épithélium cylindrique et des cellules courtes à gros noyaux et une couche musculaire.

Si les canaux de Woff persistent après la vie intra-utérine (canaux de Gartner), leur épithélium change et peut se présenter en deux couches, alors la couche supérieure est cylindrique courte, et la couche basale est en cellules rondes. En cas d'atrophie partielle, il se produit une nécrose épithéliale partielle, l'épithélium peut se détruire complètement. *On observe la même chose dans les kystes aux dépens des canaux de Gartner.*

Vu ce changement de son épithélium, il est impossible de se baser, comme le fait remarquer Klein à juste raison, sur la structure épithéliale pour trancher les cas en litige. Pas plus que sur la muscularis.

Ce n'est que les rapports anatomiques qui peuvent servir à trancher la question.

Les canaux possèdent également des glandes au-dessus de leur partie terminale. Malpighi les avait vus, Gartner également, Négrini, Groschoff, Klein les ont observés et en grand nombre, chez la vierge surtout au niveau du col, et c'est à ces glandes qu'on a voulu rattacher quelques adénomes que Recklinghausen attribue au corps de Wolff.

Chez les femmes on les a observés également au niveau du col et dans certains cas elles formaient un véritable rithome. Le même fait a été observé par Meyer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Au point de vue de l'anatomie pathologique, ce sont des tumeurs de volume variable siégeant la plupart du temps sous la séreuse, pouvant évoluer dans toutes les directions.

Elles renferment un nombre plus ou moins considérable de kystes, dont les dimensions sont excessivement variables. On les a vu atteindre les dimensions d'une pomme, parfois elles

sont minuscules. Variable est également leur forme : parfois tout à fait rondes, elles sont, d'autres fois, ovoïdes, aplaties, etc.

Elles ont des parois lisses, tapissées d'un revêtement épithélial à cellules cylindriques parfois ciliées, plutôt courtes.

L'épithélium repose sur une celluleuse qui est entourée d'un *muscularis* à trois couches.

En somme, les kystes présentent la même structure que le canal d'où ils dérivent.

Le reste de la tumeur, c'est du fibro-myome.

Le contenu des kystes peut être en plus ou moins grande quantité, parfois dépassant plusieurs litres (7 litres, dans l'observation de Breus).

PATHOGÉNIE. — La dégénérescence kystique des canaux de Gartner, de ses embranchements, ainsi que du corps de Wolff, a lieu 8 fois sur 40 (Rieder). Mais, d'après Kossmann, le fait est fort discutable, car « les canaux de Gartner sont de simples conduits d'excrétion qui n'ont jamais eu, au moins à l'état de régression, des fonctions sécrétoires, et qui n'ont aucune vascularisation suffisante pour cela ; par conséquent, on comprend difficilement la formation de kystes parfois volumineux ». Cependant, dans un travail récent (*Zur Pathologie der Urnierenreste des Weibs Monatschrift f. Geburtshülfe u. Gynäkologie* 1895), il admet cette possibilité.

Ces kystes peuvent se former à la suite d'une dilatation passive, comme le veut Breus, soit à la suite d'une prolifération active, comme le veut Muscatello (*Rev. venet. di science med.*, 1892). Voici dans quels termes s'exprime cet auteur à ce sujet : « Les kystes peuvent se former des restes de l'épithélium des canaux de Wolff, non pas par dilatation passive des canaux préexistants, mais par prolifération active de l'épithélium, suivie, à plus ou moins longue échéance, d'une

métamorphose muqueuse partielle de l'épithélium, au cours de laquelle le mucus, sécrété progressivement, se déverse dans la cavité naissante et la dilate de plus en plus. »

Voici l'opinion de Fichel, également : « L'hypothèse de la formation kystique présuppose que la surface de ces rudiments sécrète un liquide quelconque. » Cependant, d'après moi, cette sécrétion ne peut se produire qu'à l'état pathologique, et exceptionnellement, puisqu'on devrait rencontrer bien plus souvent la formation de kystes dans le domaine de ces canaux, terminés, la plupart du temps, en culs-de-sac. S'il y a sécrétion, en tout cas, elle doit fournir un liquide complètement diffusible, qui est résorbé à mesure qu'il est sécrété.

Tout autre sécrétion, dans ces canaux, doit être d'ordre pathologique, et conduit à des productions pathologiques à la formation de kystes par rétention d'abord, multiloculaires, puisque le canal de Wolff a plusieurs embranchements et qu'il est entouré par de nombreuses glandes en tube, et, d'un autre côté, si une irritation vient ajouter son action, il peut se produire des néoplasies adénomateuses ou carcinomateuses.

PRONOSTIC. — *Diagnostic et traitement.* — Il faut s'en rapporter à la première partie.

Observation XV

(TÉDENAT)

Annexite bilatérale. — Amputation totale par voie abdominale. — Trois kystes à *épithélium cylindrique* au milieu d'un nodule fibrino-myomateux occupant la partie moyenne de l'utérus.

Jeanne C..., trente-sept ans, réglée régulièrement de 13 à 25 ans, Elle se marie alors et peu après son mariage a des accidents de salpingo-ovarite probablement gonococcique.

La malade fait pendant 11 ans tous les traitements usités en pareil cas : injections chaudes, bains, badigeonnage du col.

Elles a plusieurs crises aiguës avec fièvre, douleurs, ballonnement du ventre. En mars 1898, elle consulte M. Tédénat qui trouve les annexes droits très tuméfiés et kystiques, les annexes gauches adhérents dans le douglas. L'utérus paraît augmenter de volume.

Le 3 mai 1898. Ablation par voie abdominale des annexes et augmentation de l'utérus supra-vaginale. Drainage à la Mickulicz. Suites simples, guérison complète le 30 mai.

Annexes droits : pyosalpinx, abcès de l'ovaire.

Annexes gauches : salpyngite noduleuse, ovaire scléro-kystique à la partie moyenne de l'utérus dont la cavité mesure 9 centimètres, existe à l'union de la face antérieure et du bord droit un myome bosselé du volume d'une petite mandarine. En le sectionnant il s'écoule une cuillerée à dessert de liquide visqueux de couleur ambrée. On voit alors trois poches kystiques irrégulières creusées au centre du myome, après la fixation dans le sublimé, l'examen microscopique montre chacune des cavités kystiques revêtues d'un épithélium cylindrique bas à gros noyau basal. En divers points on observe des boyaux épithéliaux qui pénètrent entre les faisceaux musculaires d'une façon irrégulière. Notons que ce myome est séparé de la cavité utérine par une épaisse couche de tissu sain ; il est vraiment développé dans les plans superficiels de l'utérus.

Observation XVI

(CARL BREUS)

(*Ueber wahre Epitselführende cystenbildung in uterus myomen.* Wien, 1897)

Fibromyome kystique avec revêtement épithélial cilié

La tumeur provient d'une femme de quarante-six ans qui a subi la laparatomie pour une tumeur qui avait été diagnostiquée comme un kyste de l'ovaire.

A l'ouverture de la cavité abdominale la tumeur volumineuse et fluctuante se présente, lobulée, et avec des parties solides entre les parties fluctuantes situées dans le ligament large, d'où elle s'est élevée dans la cavité abdominale en repoussant l'utérus à gauche.

L'utérus et ses annexes ne présentent aucune sorte de modification.

On a retiré par la ponction 7 litres d'un liquide épais, gris brun.

La tumeur pesait après évacuation de son contenu 3400 grammes et contenait plusieurs grandes cavités à parois lisses qui avaient l'aspect d'une muqueuse et qui étaient logés dans un tissu myomateux, traversé par des faisceaux conjonctifs qui se présentaient surtout dans les parties profondes inférieures de la tumeur comme des nodules durs du volume du poing, Mais même ces nodules, solides en apparence, offraient à la coupe des cavités des dimensions d'une pomme à parois également lisses contenant un liquide épais en partie brunâtre, en partie clair, les nodules étaient réunis au moyen d'un tissu conjonctif lâche.

A l'examen microscopique on trouvait du tissu fibromyomateux typique. Des faisceaux de fibres musculaires lisses s'entre-croisaient avec des faisceaux conjonctifs. Les parois et espaces kystiques dans le tissu desquelles les éléments conjonctifs l'emportaient, portaient un épithélium cylindrique à cils vibratiles assez haut, à une seule couche. A côté des grands kystes, il y avait des kystes microscopiques.

Observation XVII

Observation XVII (CARL BREUS)

La tumeur est d'une femme âgée de cinquante et un ans, qui a subi la laparotomie.

Comme antécédents on n'a pu relever que des coliques fortes et des hémorrhagies dans ces derniers temps qui ont forcé la malade à se faire opérer.

La tumeur, du volume d'une tête d'enfant, se dégageait de la couche sous-séreuse de l'utérus de la paroi postérieure, et était logé dans le tissu conjonctif du bassin recouverte sur sa moitié supérieure par le péritoine de Douglas et le ligament large gauche. La tumeur est bosselée à sa face supérieure. Sur la coupe on voit qu'elle est com-

posée par du tissu myomateux dur, dont les faisceaux concentriques sont refoulés à la périphérie par les cavités contenues dans les parties centrales. Ces cavités sont séparées en partie par des cloisons épaisses et leurs dimensions varient de celles d'un pois aux dimensions d'une pomme. Le contenu est un liquide épais de couleur chocolat. La face interne du kyste paraissait lisse comme une muqueuse et était tapissée d'un épithélium cylindrique cilié sans productions glandulaires séparé du tissu myomateux par un tissu conjonctif lâche.

Le plus grand nombre des kystes est en communication directe avec la cavité utérine. Cette communication est établie au moyen d'un canal à parois lisses s'ouvrant dans la cavité utérine un peu au dessus de l'orifice interne sur la paroi postérieure à la manière d'un entonnoir et qui traverse la paroi utérine en cheminant de la tumeur obliquement de bas en haut. Le revêtement velouté des kystes et du canal passe sans solution de continuité dans le cavum utérin.

Cette tumeur peut être définie par conséquent comme un « myome utérin, dont les cavités possèdent un revêtement épithélial cilié et dans lequel le kyste le plus grand est mis en communication directe avec la cavité utérine au moyen d'un canal ayant le même revêtement.

Nous allons étudier avec plus de détails la préparation.

Le kyste le plus volumineux fait à première vue l'effet d'un kyste par rétention ou par étranglement aux dépens du canal étroit qui conduit à la cavité utérine.

Les autres kystes sont disposés en étage rappelant la forme d'un limacon, sont situées au-dessus du kyste volumineux, qui communique avec eux, par une ouverture sur la paroi supérieure. Presque tous les kystes communiquent entre eux. Là où il n'y a pas de communication, il a dû y en avoir dans le temps, mais ils ont disparu par la suite.

Sous l'influence d'une pression sécrétoire d'un côté, et de la consistance du tissu de la tumeur, entourant les cavités d'un autre côté, plus spécialement sous l'influence de la pression de la couche musculaire bien développée et qui entoure les kystes surtout à la partie inférieure, des modifications ont dû se produire dans les kystes et dans leurs cloisons et des modifications secondaires se traduisant par la forme aplatie de certaines cavités. On voit surtout dans les

parois des kystes des enfoncements limités par des plis falciformes et même des dépressions qui ne peuvent être rapportés qu'à la confluence après la disparition de leurs cloisons.

Il faut admettre alors que tous ces kystes sont des productions par rétention et par étranglement d'un canal à épithélium cilié, dont l'extrémité inférieure s'ouvre dans la cavité utérine.

L'hypertrophie des parois utérines, l'agrandissement de sa cavité et le développement considérable de la couche musculaire périphérique de la tumeur confirment cette manière de voir.

Des surfaces recouvertes d'un épithélium cylindrique peuvent sécréter abondamment. Les produits de sécrétion épais ne peuvent être évacués que difficilement à travers un canal étroit, comprimé et coudé. Cependant, sous l'influence d'une pression sécrétoire et musculaire, un écoulement partiel a eu lieu comme le démontre la persistance de l'orifice du canal et l'élargissement de la cavité utérine : l'utérus ayant à recevoir les produits de sécrétion et à les évacuer au dehors s'est hypertrophié.

On est forcé d'admettre que le canal est antérieur aux kystes. On ne peut admettre une hernie de la muqueuse utérine, vu la simple enveloppe épithéliale de ce canal. La situation et les rapports anatomiques de ce canal indiquent qu'il s'agit d'une production congénitale. Il n'y a qu'une anomalie d'ordre embryologique qui puisse expliquer la présence de ce canal.

S'il en est ainsi, on ne peut admettre que la présence d'un canal des reins primitifs.

Il n'y a rien qui puisse faire penser à une provenance des canaux de Müller, ni anomalie des trompes, de l'utérus, etc.,

ni la présence d'un septum, etc. Leur transformation en trompes et utérus s'est produite normalement. Même le trajet de ce canal n'est pas celui de Müller.

Il ne reste alors que le canal de Wolff.

Le canal était constitué par un épithélium cylindrique (cilié flimmerde) attaché faiblement à une celluleuse et d'une musculieuse. Les dispositions même des kystes militent en faveur de cette hypothèse.

Observation XVIII

Kystes du canal de Wolf droit, par Gustave KLEIN de la Clinique gynécologique
(*Zeitsch. f. Gebur. und Gynäkol.*, 1890)

A l'autopsie d'un fœtus à terme, mort-né et en apparence bien développé, on a trouvé comme accessoire, sous forme de tumeur, un large épaississement de tout le bord droit de l'utérus. La tuméfaction était impossible à délimiter du côté du corps de l'utérus, mais elle siégeait dans la substance même de l'utérus, recouverte comme ce dernier par le péritoine. Le fond de l'utérus avait la forme d'une selle. Les ovaires et les trompes ne présentaient rien de particulier. Voici ce qu'on trouvait à la coupe des organes génitaux durcis au préalable à l'alcool.

Il y avait deux utérus et deux vagins, séparés par une cloison mince et continue sur toute la longueur *Uterus septus, vagina septa*. L'utérus était arqué. A côté de ces deux canaux, complètement séparés, il y avait dans la paroi droite de l'utérus un troisième canal, qui commençait à un demi-cm. au-dessous du fond et qui s'étendait jusqu'à un cm. trois au-dessous de l'orifice externe de l'utérus. La cavité droite de l'utérus avait 3 centimètres 9 de longueur (mesurée en ligne droite), et le troisième canal 4 centimètres 7 de longueur. Le diamètre transversal de la lumière de l'utérus gauche mesurait 0,6 centimètres, celui de l'utérus droit 0,7 centimètres et celui du troisième canal 0,6 centimètres et à un endroit seulement il mesurait 0,7 centimèt. 5. Les deux cavités utérines, sans tenir compte du défaut de fusion, avaient

le même aspect que l'utérus du nouveau-né. La portio était apparente, les culs-de-sac étant formés. L'endroit de l'orifice interne n'était indiqué que par le niveau où se terminaient les plis du col, bien plus nombreux par rapport à ceux de la muqueuse du corps de l'utérus. Cette dernière n'en possédait que quelques-uns. Le vagin en étant largement pourvu et présentant entre les plis des excavations. Les plis de la muqueuse utérine se dirigeaient de haut en bas, et il en était de même de ceux du col.

L'aspect de la troisième cavité était complètement différent.

Des crêtes nombreuses faisaient tellement saillie à l'intérieur de la lumière, qu'elles simulaient un système de petites cavités, communiquant toutes entre elles et qui, sur la coupe, paraissaient comme de véritables cloisons. On reconnaissait toutefois, par comparaison avec le partiel correspondant de l'autre moitié, que ce n'étaient que des arêtes et non pas de cloisons. L'aspect de cette cavité sinueuse rappelait celui du gros intestin. La surface des plis était complètement lisse. Point de contenu. Ce tableau n'était que l'expression d'un canal sinueux, situé dans la paroi latérale de l'utérus, qui, d'après l'examen macroscopique, ne se laissait expliquer qu'en admettant qu'il ne s'agissait là que du canal de Wolff gauche, qui aurait persisté et qui aurait subi une dilatation kystique sur une grande partie de son étendue.

Puisqu'il est situé dans la musculature de l'utérus, il ne peut appartenir ni à l'ovaire, ni au parovarium. Toute idée d'une origine vaginale doit être écartée, par la raison que des kystes vaginaux peuvent occuper une étendue considérable et peuvent même arriver en haut, tout près du col : mais ils ne peuvent pas arriver jusqu'à un demi-centimètre au dessous du fond de l'utérus, dans la couche musculaire. D'ailleurs, topographiquement, on ne doit rapporter des kystes vaginaux qu'au canal de Wolff. Lorsque les glandes du vagin font normalement défaut, elles ne peuvent pas être rendues responsables des formations kystiques.

A l'examen macroscopique on n'a trouvé ni dans l'utérus, ni dans le vagin, la moindre trace du canal de Wolf. Les sinuosités concordent absolument avec ce que Dohrn, Beigel, Rieder, etc. rapportent sur les dispositions normales du canal. Dans notre cas, la partie supérieure seulement (sur une longueur de 2 centimètres) n'était pas sinueuse, mais elle était recourbé. Une coupe, faite au niveau de la moitié antérieure de toutes les trois cavités (deux utérus et un kyste) offrait ceci

à étudier au microscope. Dans une couche musculaire commune, où l'on ne distingue pas une division nette de fibres en longitudinales et circulaires, se trouvent les trois cavités, et dans cet endroit la cavité kystique est un peu plus grande que la cavité utérine. Le kyste est tapissé, à l'intérieur, par une mince couche de tissu conjonctif peu riche en noyaux.

Ce tissu n'est pas nettement limité du côté de la lumière, mais il est un peu effiloché. Il paraît qu'il s'est produit là une desquamation du tissu. Il n'y a aucune trace d'épithélium. On trouve, au contraire, en certains endroits du tissu conjonctif, une faible quantité de détritrus, munis de noyaux fins, dans lesquels (détritrus) on ne peut pas démontrer la présence d'un élément quelconque. Peut-être il y avait là un épithélium qui se serait détruit après la mort, par macération, ainsi qu'une partie du tissu conjonctif sous-épithélial (l'autopsie n'a eu lieu que 12 heures après la naissance du fœtus, mort pendant l'accouchement). Du côté externe on trouve, faisant suite au tissu conjonctif, une couche de fibres musculaires circulaires.

Les cavités utérines sont tapissées par une muqueuse, munie, par places seulement, d'un épithélium cylindrique d'une hauteur moyenne, et encore dépourvu de cils. En plusieurs endroits, cet épithélium manque. L'épithélium s'enfonce plus ou moins, en formant de petites invaginations, et laisse voir ainsi le début de la glandulation. On y trouve, par place, des glandes peu profondes, avec un cul-de-sac dilaté. Les invaginations épithéliales solides comme, par exemple, dans les glandes sudoripares et mammaires, font défaut. On n'y trouve que quelques invaginations sous forme de fossettes ou de tubes. Dans notre cas, même les glandes épithéliales sont dépourvues de cils. La couche intra-glandulaire des cellules arrondies n'est pas bien développée.

En résumé, l'examen microscopique au sujet de la formation du kyste, aux dépens du canal de Wolff, n'a pas la même valeur que l'examen macroscopique, surtout, la démonstration de l'épithélium cylindrique manque.

Nous n'avons pas pu trouver une raison pour expliquer la persistance et la dilatation kystique du canal de Wolff. S'il n'y avait qu'une cavité utérine seulement, alors celle-ci pou-

vaît correspondre à l'un des canaux de Müller, et le kyste à l'autre, ce dernier développé d'une façon rudimentaire. Pour le diagnostic d'un kyste du canal de Wolff, il faut connaître :

1° La structure des parois (épithélium cylindrique plutôt court, en une seule couche ou en deux couches, au-dessous une couche de tissu conjonctif, et enfin, une couche musculaire). La démonstration de la dernière est importante pour les kystes du vagin. La démonstration de l'épithélium n'est pas toujours possible ;

2° La topographie ;

3° La disposition (sinueuse, se dirigeant, en général, suivant l'axe longitudinal de l'utérus et du vagin ou du ligament large, et horizontalement au-dessous des trompes.

Il est à remarquer que, sur les rapports des canaux de Wolff avec l'utérus, les organes génitaux de l'homme peuvent donner, dans certaines conditions, des explications suffisantes ; ainsi Franque a rapporté, depuis longtemps, le cas suivant : on trouvait dans les organes génitaux d'un homme (canaux différents et vésicules séminales, oblitérées dans certains endroits, testicules encore dans la cavité abdominale), un utérus de 6 centimètres de longueur, avec deux trompes et un petit vagin.

Les canaux vecteurs du sperme (canaux déférents, canaux de Wolff) se trouvent dans le corps de l'utérus, dans la paroi utérine seulement, tandis que, à partir du col, ils sont logés dans la substance de l'utérus même. On peut les suivre jusqu'au niveau des vésicules séminales. Le cas est particulièrement intéressant au point de vue embryologique.

DEUXIÈME VARIÉTÉ

Cysto-adénomyomes aux dépens du corps de Wolff

ANATOMIE, PATHOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — *Anatomie macroscopique.* — D'après Recklinghausen, ces néoplasies apparaissent dans les trompes utérines, dans l'utérus et son col seulement, là où il y a une musculature épaisse. Les grands kystes se montrent surtout au centre, tandis que les petits kystes ont une prédilection pour la périphérie, les plus petits même peuvent atteindre la séreuse pour y faire saillie.

La masse principale des cysto-adénomyomes est intra-pariétale et adhère au tissu de l'utérus (tumeurs infiltrées de l'utérus). Mais il est difficile de séparer les différentes couches du myomètre, et, par conséquent, il est difficile de rapporter les cysto-adénomyomes intra-pariétaux à telle ou telle couche de la substance utérine, parfois le cysto-adénomyome semble être plus en rapport avec la couche vasculaire, mais il a été impossible d'établir, d'une façon évidente, des rapports intimes entre le cysto-adénomyome et les gros vaisseaux.

Recklinghausen, vu la structure et la disposition des néoplasies qui prennent naissance aux dépens de l'appareil de Wolff, en décrit quatre variétés: 1° adénomyomes durs, où le tissu musculaire néoformé l'emporte sur le tissu glandulaire; 2° tumeurs kystiques avec cavités visibles macroscopiquement, nombreuses et contenant à côté du tissu adénomateux et myomateux; 3° adénomyomes plus mous, dans lesquels le tissu glandulaire est en abondance et sous forme d'îlots dans le tissu cytogène, les kystes sont rares; 4° tumeurs

encore plus molles, dépourvues presque de kystes, ne contenant rien que du tissu adénomateux richement vascularisé.

Les cysto-adénomyomes du corps de l'utérus se développent régulièrement sur la paroi dorsale jusqu'au sommet.

Anatomie microscopique. — Pour Recklinghausen les cystadénomyomes sont des tumeurs qu'on peut compter parmi les organoïdes (Virchow) distincts des tumeurs à structure simple, les histoïdes. L'élément caractéristique des cystadénomyomes est l'infundibulum glandulaire cylindrique, tapissée d'un épithélium cylindrique, d'une seule couche. L'infundibulum glandulaire peut représenter un cylindre uniformément large dans toute sa longueur, ou variable; il peut porter des bourgeons, sortes de varicosités; il peut être long ou tout à fait court, rectiligne ou tortueux. Dans toutes ces différentes formes, les infundibulums glandulaires nous rappellent tout à fait les canalicules du rein proprement dit, ainsi que les infundibulums glandulaires du rein primitif. Mihalkowics a proposé de donner aux canalicules étroits étendus ou pourvus d'un épithélium haut, le nom de tubes collectifs; aux infundibulums plus larges, qui sont souvent tortueux et tapissés d'un épithélium cylindrique moins haut, celui de tubes de sécrétion; et enfin à l'extrémité terminale de ces derniers, qui est étendu et en forme de massue, tapissée par un épithélium mince, plat, le nom de massue terminale. Sur l'inflexion des canalicules étroits on voit quelquefois des diverticulums, qui ont le même axe que le canalicule, et qui sont fortement bombés d'un côté, de sorte qu'ils représentent une lentille concavo-convexe; mais ces infundibulums peuvent aussi être fusiformes ou avoir une forme tout à fait irrégulière. Deux, trois tubes collectifs, même davantage, peuvent s'aboucher dans un canal principal, souvent sous un angle aigu; et si l'abouchement se fait au même endroit du canal principal,

alors la section de celui-ci apparaît étoilée ou crépue. On voit quelquefois, dans certaines coupes, des séries de tubes glandulaires s'aboucher dans les diverticulums susmentionnés, qu'on peut appeler encore des ampoules : ces tubes glandulaires sont disposés l'un à côté de l'autre et s'abouchent du côté concave pour les ampoules. Cette disposition en série s'observe pour les tubes collectifs, qui souvent encore s'abouchent l'un à côté de l'autre dans le canal principal, et qui, quand on les suit par derrière, sont disposés parallèlement l'un à l'autre. Si cette disposition des tubes existe seulement d'un côté du canal principal, alors tout le système représente une barbe de plume, ou, comme dit Recklinghausen, ils sont disposés en marche d'oies. Il faut pourtant remarquer que certains tubes collectifs de cette disposition en « marche d'oies » ne confluent pas dans l'ampoule, mais se séparent vers le fond de celle-ci et se terminent en cul-de-sac. Il est évident que si le cul-de-sac a la forme d'une massue et si son revêtement épithélial est constitué par des cellules très basses, alors on peut appeler ce cul-de-sac une massue terminale et le canal qui le suit canal ou tube de sécrétion. On peut supposer qu'un tube collectif de ce genre, après être devenu droit et étroit, s'abouche dans une ampoule voisine, ou qu'il ne se réunit pas au canal principal, ou enfin qu'il s'étrangle au niveau de son embouchure. Dans certaines préparations histologiques on peut suivre les tubes collecteurs jusqu'à un second foyer, même jusqu'à un troisième, dans l'ampoule duquel ils s'abouchent. Cette disposition des tubes collecteurs, des tubes de sécrétion et des massues terminales, avec ses pédicules et ses guirlandes, se présente dans les coupes, sous forme de corps en masse, d'îlots, qui s'unissent entre eux par des arcs. Le volume de ces îlots devient beaucoup plus grand avec le développement du tissu conjonctif cytogène qui constitue la substance fondamentale de nos tumeurs situées entre les tubes.

Ce tissu conjonctif cytogène est lâche, riche en petites cellules rondes ou fusiformes, mais pauvres en stromafibreux.

Les petits kystes ont un revêtement épithélial, qui est situé le plus souvent directement sur le tissu fibro-musculaire et ils nous offrent, étant situés en dehors des îlots, une forme globuleuse parfaite. Il est des kystes qui proviennent évidemment des ampoules glandulaires dilatées, parce que ces kystes envoient des ramifications, portent toujours des sortes d'appendice, et enfin ont un revêtement épithélial, constitué par des cellules cylindriques.

Il n'est pas rare d'apercevoir, dans les ampoules kystiques et dans les kystes en massue terminale, des cellules granuleuses, d'une couleur jaune paille et pourvues d'un noyau volumineux : en outre on trouve, dans les ampoules kystiques, de grandes cellules incolores des globules hyalins, des granulations pigmentaires jaunes, des corpuscules sanguins d'un rouge pâle ou même entièrement décolorés. On peut donc dire que ce contenu kystique provient d'une extravasation sanguine, ou d'une diapédèse et métamorphose des éléments sanguins. D'un autre côté, on rencontre des foyers globuleux d'une coloration jaune, qui ont la même structure que le tissu conjonctif embryonnaire, et qui d'après leur forme et leur volume, bien que sans aucune lumière et sans aucun revêtement épithélial, sont des massues terminales atrophiées.

Les ampoules kystiques, situées sur les bords des îlots, nous présentent un côté externe, convexe, couvert d'un épithélium bas ; ce côté est à l'opposite du centre de l'îlot, et on peut l'appeler le toit ; tandis que le côté interne, qui est plat ou même concave, couvert d'un épithélium cylindrique manifeste et qu'on peut appeler le plancher, nous présente l'endroit où s'abouchent les canalicules glandulaires. Cette différence va même plus loin. Le revêtement épithélial du toit de l'ampoule repose sur un tissu fibreux pauvre en cellules, qu'on trouve dans le

tissu conjonctif cytogène, riche en cellules rondes et vaisseaux sanguins. Cette différence dans le revêtement épithélial fut plat partout, ce qui n'est pas.

On rencontre souvent dans les ampoules, au niveau de leur plancher, des élevures papilliformes avec base étroite ou large, élevures que Recklinghausen appelle pseudo-glomérules. Leur revêtement épithélial bien conservé est constitué par des cellules cubiques. Ces pseudo-glomérules ne sont pas pelotonnées comme les vraies glomérules, mais leur tissu conjonctif cytogène est très riche en cellules rondes, en vaisseaux sanguins et en granulations de pigment sanguin ; aussi Recklinghausen les considère-t-il comme des organes pouvant servir à une sécrétion vive et présider à la formation des cystadénomyomes.

Mais, quoi qu'il en soit, il n'a trouvé dans le contenu kystique ni cristaux, ni mucus, ni cellules ou autres éléments, qu'on aurait pu considérer comme une véritable sécrétion et qui auraient pu servir comme témoignage de l'activité sécrétoire des organes glandulaires de ces tumeurs kystiques.

Tout ce qu'on peut dire, en examinant les canalicules glandulaires, leurs connexions et leurs dispositions, c'est que, dans ces tumeurs kystiques, existent de vraies glandes, qui peuvent fonctionner. En effet l'infundibulum glandulaire nous présente une massue terminale, suivie d'un tube sécrétoire, tortueux, qui plus loin devient plus étroit et rectiligne, pour constituer un tube collectif. Les différents systèmes d'infundibulums glandulaires peuvent communiquer entre eux par l'intermédiaire de leurs tubes sécrétoires contournés et par leurs tubes collectifs ; et, ainsi réunis, ils forment un canal principal qui peut s'aboucher dans une ampoule. Mais il faut remarquer que Recklinghausen n'a pas trouvé de communication entre deux ampoules, soit par l'intermédiaire des tubes glandulaires ou tubes collectifs, soit par l'intermédiaire d'un

canal principal, d'un conduit de Gartner. La règle est que les tubes glandulaires commencent dans un îlot, se jettent dans l'îlot voisin, pour atteindre l'ampoule, et il n'est pas rare de trouver dans le plancher d'une ampoule un tube glandulaire avec sa massue, qui peut être même kystique, sans s'aboucher dans cette ampoule. D'autre part, les tubes de sécrétion sortent d'une massue terminale et située dans le plancher ampullaire, au lieu de se jeter dans l'îlot voisin, peuvent s'infléchir et devenir des tubes collectifs, qui après cela se dirigent vers l'ampoule. On voit souvent deux, même trois ampoules, placées l'une au-dessus de l'autre dans un îlot, communiquer entre elles; on voit aussi des ramifications aux canalicules droits, aux canalicules contournés, qui subissent plutôt une division multiple au même endroit. Cette disposition et ces divisions des tubes que nous venons de décrire nous rappellent tout à fait la disposition des canalicules urinaires dans la substance médullaire du rein, les canaux de Heule, les canalicules droits et contournés du rein. La massue terminale, dans ce cas, peut se comparer à la capsule de Boidman. Mais à l'identification des tubes glandulaires des cystadénomyomes avec les canalicules urinaires du rein, nous pouvons, dit Recklinghausen, faire deux objections :

1° « Les canalicules des reins ne possèdent, du moins chez l'homme, dans aucune section et à aucune époque de la vie, un épithélium cylindrique aussi évident et avec cellules aussi hautes, qu'on les trouve, en général, dans les canaux collectifs et par places aussi, sur le plancher des ampoules : 2° aux tubes de notre cystadénomyome manque entièrement la tunique propre des canalicules urinaires et des capsules de Boowmann. »

Le type de cystadénomyome que nous venons de décrire se modifie, soit avec l'âge de la tumeur, soit consécutivement à des dispositions variables de ses éléments embryonnaires

(tubes glandulaires, tissu conjonctif cytogène) : mais toujours, sur les cystadénomyomes volumineux de la paroi ventrale de l'utérus, on peut établir le type des organes glandulaires de ces tumeurs kystiques, bien que dans ces tumeurs les îlots glandulaires soient d'une minime grandeur et en petite quantité, et la substance cytogène en voie de régression, et remplacée en divers endroits par du tissu cellulaire fusiforme et du tissu musculaire jeune. Dans ces tumeurs volumineuses, les canalicules épithéliaux sont en contact immédiat avec le tissu musculaire jeune, tandis que, dans les petits kystes globuleux ou unipolaires, ces canalicules sont situés dans le vrai tissu musculo-fibreux.

Une chose importante à constater est que les tubes glandulaires marchent isolément les uns des autres ; dans certaines tumeurs on trouve des îlots de tissu conjonctif, pauvre en vaisseaux, parcourus par des faisceaux des jeunes fibres musculaires ; mais jamais on ne trouve une dégénérescence proprement dite. D'un autre côté, on observe dans les faisceaux des fibres musculaires minces, des tubes recouverts d'un épithélium bas, mais net, probablement cylindrique primitivement. Ces tubes nous rappellent exactement les massues terminales et les kystes développés à leurs dépens. La disposition des tubes glandulaires, comme nous venons de le voir, groupés ou disséminés, s'applique aussi aux autres éléments de ces néoplasmes.

Plus un îlot contient des tubes glandulaires, plus son tissu conjonctif cytogène est développé ; mais moins il contient de tissu musculaire jeune, riche en cellules fusiformes, plus ce tissu musculaire, au contraire, est développé en dehors de l'îlot adénomateux. Ce tissu musculaire de nouvelle formation peut commencer à se développer sur un point limité de l'utérus, progresser vers le foyer adénomateux et finir par être coiffé par ce tissu glandulaire, de sorte que cette disposition nous

présentera extérieurement un véritable rein. Tout autre est la disposition du tissu musculaire jeune là où les tubes glandulaires sont disséminés.

Chaque tube glandulaire est ici accompagné par du tissu musculaire jeune, qui lui fait une sorte de gaine à fibres longitudinales, et ces gaines se mamifient comme les tubes glandulaires eux-mêmes. Le tissu conjonctif cytogène, dans cette disposition, est remplacé par du tissu fibrillaire, pauvre en cellules et qu'on peut prendre pour un vrai tissu conjonctif. On voit même quelquefois des tubes glandulaires sans gaines, placées directement sur le tissu fibro-musculaire. En général, le revêtement épithélial des tubes glandulaires disséminés est constitué par des cellules basses; si le tissu conjonctif cytogène est en voie de régression, et si ce tissu cytogène est remplacé par du tissu musculaire vrai ou par un tissu conjonctivo-musculaire, alors le revêtement épithélial est quelquefois constitué par des cellules plats, qu'on voit surtout sur le toit des ampoules.

Les kystes volumineux sont dépourvus de tissu conjonctif cytogène, lequel disparaît probablement d'après Recklinghausen, avec la transformation des ampoules en kystes, et cette transformation kystique est plus fréquente dans la disposition disséminée de tubes glandulaires que dans les dispositions en groupe.

Observation XIX

Die adenomyome und cystadenome ders uterus cut tabenwandung

RECKLINGHAUSEN, Strassbourg. 1896 (7 cas).

Corps de l'utérus d'une vieille femme, déformé par des myomes multiples (corps, 30 millimètres, corps. 30 millimètres long.). Canal cervical élargi avec un polype de la muqueuse, sous forme de massue.

La trompe gauche fait défaut; à côté de la trompe droite normale, l'aileron du ligament large contient un paro-ovarium considérable, et le ligament tubo-ovarien contient quatre petits kystes, régulièrement disposés de la grosseur d'un pois. Toute la face postérieure de l'utérus adhère à la paroi du bassin au moyen d'adhérences lâches. On y trouve un kyste plat de 8 millimètres, médian et à 2 centimètres du fond dont l'union avec l'utérus se trouve assurée par des adhérences lâches. La paroi dorsale a 0 05 centimètres, et sa paroi ventrale 1 05 centimètres d'épaisseur.

Immédiatement au-dessus, dans la paroi utérine, existe un adénomyome, mesurant 7 sur 3 millimètres, faisant saillie et ne pouvant pas être délimité du côté de la substance utérine. Du côté latéral, il y a des myomes sphériques, bien limités, à droite, N° 1, 6 millimètres, à gauche N° 2, 3 et 4, chacun 7 millimètres, à la paroi antérieure N° 5, 25 millimètres. Epaisseur de la paroi utérine (en dehors des myomes) au niveau du fond égale à 5 millimètres, et paroi postérieure, 8 millimètres celle-là par conséquent plus mince.

Orifice externe de l'utérus presque oblitéré sous forme d'entonnoir. Le col forme un bourrelet arrondi, dense. Paroi cervicale rigide et d'une épaisseur allant jusqu'à 8 millimètres, plusieurs petits kystes dans sa muqueuse.

Examen microscopique. — L'adénomyome est constitué dans son intérieur surtout par du tissu conjonctif ancien; par conséquent, c'est un fibromyome. A sa périphérie, le tissu musculaire l'emporte et forme de nombreux cordons, renfermant dans leur centre des glandes en tube, logées surtout dans du tissu conjonctif cytogène. On peut suivre les cordons de ce tissu jusqu'au centre de la tumeur, mais surtout dans le voisinage de la tumeur, tout à fait à la périphérie de l'utérus, immédiatement au-dessous des adhérences. A ce niveau-là, il y a également de très petits kystes aussi bien dans les adhérences que dans les cordons constitués par des fibres musculaires, qui se dégagent du myomètre lui-même, endroit, bien qu'en connexion avec les kystes, il y a des glandes en tube qu'on peut suivre facilement jusqu'au tissu conjonctif adhérent.

Dans les myomes sphériques durs on trouve bien des cordons cylindriques isolés, constitués par de petites cellules fortement pressées; bien que de nature épithéliale, les cordons sont pleins, et de plus ils sont entourés d'une membrane hyaline. On doit donc les considérer

plutôt comme des vaisseaux altérés, comme des canaux glandulaires en état de régression.

La paroi ventrale des huit kystes épais entourés par des adhérences périmétriales, contient de nombreuses fibres musculaires, et, en outre elle contient des cordons de tissu conjonctif cytogène avec des kystes et des tubes inclins.

La couche interne de la paroi kystique est constituée exclusivement par du tissu conjonctif cytogène, riche en cellules et très vasculaire ; elle n'a pas d'enveloppe épithéliale à l'ouverture du kyste, dont le contenu en renferme par fragments. Une couche externe est en connexion avec cette couche interne, couche externe qui contient de nombreux faisceaux des fibres musculaires lisses, qu'on peut trouver aussi bien à la paroi ventrale, qui est plus épaisse qu'à la paroi dorsale qui est plus mince. Et tandis que la paroi ventrale laisse voir en outre des cordons nets de tissu riche en cellules avec des glandes en tube incluses on ne retrouve pas ces derniers dans la paroi dorsale du kyste. Dans la paroi d'un second kyste miliaire (de la grosseur d'un millimètre) qui se trouve également dans les adhérences conjonctives au niveau du fond de l'utérus on ne trouve pas, au contraire, de fibres musculaires, mais on trouve une glande en tube qu'on peut suivre jusqu'à la cavité du kyste. On peut voir également, à l'intérieur de certains kystes plus gros, des fossettes qui pourraient être des orifices des glandes en tube. On trouve aussi que le kyste miliaire avec la glande en tube est renfermé dans un cordon conjonctif dense, renfermant des vaisseaux, qu'on peut suivre d'un autre côté, jusqu'à son point d'attache à l'utérus. A ce niveau-là existent, dans les couches périphériques du myomètre, quelques myomes miliars aplatis, renfermant dans leur axe des tubes manifestes, avec un épithélium cylindrique évident, logés au milieu d'un tissu conjonctif cytogène, riche en cellules et très vasculaire.

Au niveau des angles tubaires de l'utérus qui sont libres d'adhérences, on ne trouve pas des myomes miliars, ni de glandes en tube ni de kystes. Pour la même raison la trompe droite est complètement libre sur toute sa longueur et complètement normale.

Les tubes de l'époophoron possèdent le même épithélium cylindrique que les tubes, déjà décrits, du myome utérin ; ils possèdent également une paroi formée par du tissu conjonctif fibrillaire, riche en éléments cellulaires ; mais il n'y a point de fibres musculaires. Les

kystes voisins ont les mêmes caractères, par conséquent ils sont de véritables kystes parovariens.

Sur des coupes transversales successives de la paroi cervicale droite on voit d'abord, au milieu de la muqueuse, recouverte de kystes, du côté externe, une petite tache sous forme de croissant, évidemment un faisceau de fibres conjonctives et musculaires, disposées longitudinalement. Un peu plus haut, celui-ci s'éloigne petit à petit de la limite externe de la muqueuse et prend alors une direction oblique pour atteindre le bord latéral de la paroi cervicale, à la même hauteur que l'orifice, pour mieux se délimiter à ce niveau; mais il reste toujours logé dans le myomètre,um,

La dernière partie contient dans son axe un petit canal simple, tapissé de petites cellules cylindriques; ici le cordon est formé presque exclusivement par des fibres musculaires; le tout, par conséquent, est un véritable canal de Gartner. A la partie inférieure du corps de l'utérus on ne trouve rien d'analogue. Par contre, le faisceau longitudinal renferme, sur des coupes faites à un niveau inférieur, un groupe de glandes en tube, qui sont recourbées. Le plus souvent il existe, au milieu du groupe un canal plus grand et même élargi, qui reçoit les autres comme des embranchements. Le groupe des glandes en tube est tellement caractéristique, qu'on peut reconnaître que c'est un canal de Wolff, avec des annexes glandulaires, même là où le cordon se fusionne directement avec la limite externe de la muqueuse. Quelques petits kystes situés au milieu du myomètre,um, contigu à la paroi cervicale, ont pu provenir des tubes Wolffiens, mais ils n'offrent pas dans leur structure un point précis, qui puisse permettre de les différencier des nombreux kystes, qui évidemment ont pris naissance aux dépens des glandes de la muqueuse.

Observation XX

(DU MÊME)

Marie B., quarante-quatre ans et demie, mariée, mais sans enfants; mort rapide, anévrysme de la crosse de l'aorte, œdème pulmonaire, myocardite. L'utérus, volumineux et long de quatre-vingt-trois millimètres, a un corps extraordinairement plat et large, la longueur de

celui-ci est de cinquante millimètres et l'épaisseur de vingt-trois millimètres, tandis que sa largeur, c'est-à-dire entre les deux points d'insertion des trompes, est de quatre-vingt millimètres.

L'élargissement se continue sur la moitié droite loin de la trompe, surtout sur le bord latéral de l'utérus, puisque ce dernier apparaît, sur la coupe faite au niveau du corps comme un coin pointu, tandis que le bord gauche est arrondi et émoussé, et que plus loin on trouve pour la moitié gauche, vingt-cinq millimètres, et pour la moitié droite trente-cinq millimètres de largeur. L'utérus a la forme d'une enclume, le sommet est en dos d'âne et au fond, l'angle droit un peu allongé, mais en tous cas l'utérus n'est pas franchement bicorné. Au sommet, à gauche et en arrière, on voit un myome, à pédicule mince, consistant, en forme de fève et mesurant trente sur quinze sur dix. Sur la partie dorsale de l'utérus, à peu près au milieu de la surface, il y a un autre myome plat, large, de quatre, sessile et recouvert de séreuse lisse. Un troisième myome se trouve à la paroi antérieure droite, en un endroit plan, turgescant et à quinze millimètres du sommet, ce myome est également plat et mesure douze sur sept.

Il est difficile de le délimiter du reste de la paroi utérine. En quatrième lieu, les deux angles tubaires sont gonflés sous forme de bourrelets longitudinaux, qui se raccourcissent vers le point de l'insertion des trompes, tandis que sur la partie médiane ils se dégagent de la paroi utérine. Le bourrelet droit a 22 milim. de longueur et 16 milim. de largeur au niveau de la base, et le bourrelet gauche a 16 milim. de longueur et 11 milim. de largeur. Le revêtement séreux de ces bourrelets, comme celui de la troisième tumeur, est légèrement épaissi avec des membranes très minces. Les deux tubes sont un peu courts. La trompe droite, un peu épaissie depuis l'utérus, se termine par une partie enflée sous forme de massue, c'est-à-dire dans un sac clos fluctuant, long de 70 millim., épais de 20-30 millim., à l'extrémité latérale, hydropique, à parois épaissies et sans trace de franges. Les deux ovaires sont à 20 millim. de ce sac. Le ligament large, épais, entre les deux, à un bord lisse et, à côté de lui, commence une chaîne de kystes de la grosseur d'une tête d'épingle, au nombre d'une douzaine environ. Cette chaîne passe sur la face dorsale de l'aileron épais et s'étend jusqu'au point de soudure de l'extrémité tubaire. Même à gauche, le ligament large est très épaissi et très vasculaire, mais on distingue difficilement quelque chose du parovarium. Les deux liga-

ments propres ovariens sont extraordinairement épais et courts, ils ont à peine 4 millim. de longueur, de sorte que le pôle médian de l'ovaire touche presque l'utérus. A gauche comme à droite, on peut suivre un faisceau musculaire sur les coupes du col sur une étendue de 15 millim. et qui est à 24 millim. de la muqueuse ; on peut le suivre jusqu'au niveau de l'orifice externe. L'orifice externe de l'utérus est consistant et forme un anneau circulaire avec une ouverture de 3 millimètres.

Examen microscopique. — A l'examen microscopique on n'arrive à démontrer la structure de l'adénomyome que pour les tumeurs siégeant sur la paroi ventrale de la moitié droite de l'utérus, mais non pour les myomes postérieurs. Celui-là se montre composé de plusieurs foyers, qui se distinguent par leur densité de la substance musculaire de l'utérus qui se dissocie en faisceaux fibrillaires ; puisque cette consistance est due à une plus grande quantité de tissu conjonctif interposé, on peut les appeler fibromyomes. On peut distinguer toujours dans tous ces petits foyers, bien que pas toujours suivant l'axe, des glandes en tubes ramifiées avec un épithélium cylindrique, et des kystes jusqu'à 1 millim. d'épaisseur. Souvent, mais pas toujours, les deux sortes de formations se trouvent dans une couche spéciale de tissu conjonctif cytogène. Un myome miliaire, sphérique, qui s'y attache aussi, est dépourvu de glandes.

Les deux bourrelets des angles tubaires laissent encore voir sur les coupes les caractères des adénomyomes, et surtout du côté droit on trouve franchement cette sorte de tissu musculaire consistant, bâillant et transparent, qu'on trouve dans les fibromyomes. On y trouve encore des kystes et des glandes, qui représentent de petits foyers particuliers dans la substance épaisse, parce que les glandes et les kystes sont entourés d'une auréole particulière, ou parce que des glandes en tubes avec de petites ramifications forment des groupes au milieu d'une auréole de tissu fibreux. La substance adénomyomateuse si mélangée est développée dans la partie intra-musculaire de la trompe.

On peut trouver des glandes en tube et des kystes même jusqu'au-dessous de la séreuse. Il n'y a pas de tissu conjonctif cytogène même dans les kystes qui ne mesurent que quelques millimètres ; l'épithélium cylindrique ou cubique qui laisse voir parfois des cils repose directement sur du tissu musculaire, qui se distingue tout au plus par

sa richesse en cellules. La paroi de la trompe n'y participe pas ; évidemment, sa muqueuse seulement est dépourvue de glandes, tandis que, dans sa couche musculaire circulaire, on peut suivre, de dehors en dedans, de très petits foyers adénomateux. La partie médiane de la trompe droite, uniformément épaissie, possède une paroi très constante, pourvue de nombreuses cavités, tapissées par un épithélium cylindrique, mais surtout elle a la forme sphérique dans tous les coudes jusqu'à la muqueuse. En un endroit seulement, très étroit, immédiatement avant le commencement du gonflement hydropique, ces derniers manquent complètement ; et ici on voit passer une fissure par la couche musculaire interne, vers un kyste avoisinant, de forme irrégulière, qui se reconnaît à des fragments d'épithélium cylindrique.

Cette communication peut être considérée comme l'expression d'une rupture qui aurait eu lieu à la lumière de la trompe dans le voisinage. Non seulement l'épaisseur du tissu pariétal parle en faveur d'un adénomyome, mais ce fait encore, qu'on peut reconnaître à plusieurs endroits des vésicules glandulaires des glandules en tube et une couche pariétale fibreuse et même musculeuse, dont les faisceaux entourent la glande en tube et se laissent séparer du côté externe, du reste des faisceaux de fibres, tout à fait en dehors de la couche musculaire de la trompe et même dans le tissu conjonctif, et au commencement du mésosalpynx, à côté des troncs vasculaires, se trouvent encore des tubes isolés dans lesquels on distingue un épithélium et une paroi fibreuse et musculaire, de sorte qu'on ne peut pas méconnaître la ressemblance avec les glandes en tubes de l'époophoron. La trompe gauche plus mince, plus mobile, est pourvue d'une lumière beaucoup plus large, quoique extérieurement complètement normale ; examinée au microscope, elle contient les mêmes glandes en tube, pourvue d'une paroi fibreuse surtout dans les parties externes de la couche musculaire, même dans le tissu sous-séreux. Certes, ces glandes sont ici en petit nombre et on ne les retrouve pas sur toutes les coupes, mais on peut démontrer leur présence non seulement à l'extrémité de la trompe atteignant à l'angle tubaire myomateux, mais jusqu'au milieu de la trompe. Dans les faisceaux fibreux de la paroi cervicale de l'utérus on ne trouve nulle part des glandes ou des kystes.

TROISIÈME VARIÉTÉ

Observation XXI

Ueber drusige Elemente in fibromyomen der Uterus.

J. SCHOTTLAENDER, aus dem pathologisch-anatomischen, *Institut in Heidelberg*
Zeitschrift f. Geburtshulfe und Gynäkologie, 1893, Bd. 27, p. 321.

J'ai examiné une tumeur, enlevée par amputation supra-vaginale, du volume d'une tête d'adulte, sous-séreuse, développée aux dépens du fond de l'utérus et de sa paroi postérieure.

La tumeur en question offrait un tout homogène. Sur sa face postérieure on sent quelques faisceaux musculaires un peu plus proéminents sur sa face antérieure il y avait à droite et en bas un myome solitaire gros comme un grain de raisin sis sur la grosse tumeur. Les annexes gauches étaient normaux et coudés en bas et à droite et au-dessus du myome solitaire. Il n'y avait pas de rapport avec l'utérus. La trompe droite était très courte (3 centimètres).

Chargé de l'examiner au point de vue histologique, j'en ai enlevé le myome en question au niveau de la base. Après l'avoir durci par l'alcool, j'ai vu sur la coupe une ouverture du volume d'une épingle et d'autres plus petites dont il sortait par la pression des caillots de couleur chocolat. La tumeur m'apparut intéressante à cause de ces fentes. Au lieu de fixer la coupe de myome sur le liège à l'aide de la gomme arabique, j'ai choisi la fixation celloïdine (Celloidineinbettung) Je devais en être d'autant plus content, lorsque la première coupe logée m'a montré que les prétendus vaisseaux n'étaient que des glandes ayant subi la dilatation kystique. J'ai fait alors une série de coupes et j'ai trouvé ce qui suit :

Sur des coupes faites de la base on voit entre les fibres musculaires et dans leur intérieur, en dehors de quelques gouttelettes graisseuses, du pigment. Celui-ci est coloré en jaune, en partie granuleux, et disséminé sur une surface assez grande. Pour le reste, le tissu a complètement l'aspect normal. Ce n'est qu'à partir de la cinquantième coupe que ces modifications commencent à se montrer. Les fibres musculaires coupées transversalement se montrent dans le tissu alvéolaire entourés de faisceaux conjonctifs, refoulés par place par un tissu fibrillaire,

tissu contenant des cellules migratrices (*wanderzellen*), et des détrit^{us}, colorés légèrement en jaune, dont la provenance nous occupera plus tard.

Dans le voisinage, il y a encore, sur les premières coupes, du pigment accumulé. Il n'y a pas encore trace d'éléments épithéliaux. Sur la 74 coupe se montre deux cavités une plus grande, l'autre plus petite dans les points où il y avait du pigment et du tissu fibrillaire. La dernière cavité est limitée par du tissu myomateux typique, par une couche d'un tissu conjonctif riche en cellules avec des noyaux fortement colorés. Dans la première, cette délimitation nette manque en partie. Du côté interne, en dedans, le tissu conjonctif riche en cellules sus-mentionné et dans les deux cas sur une grande étendue est adossé contre un espace libre ; une partie de la circonférence est revêtue toutefois d'un épithélium cylindrique régulier. Dans l'intérieur des cavités se trouve le tissu fibrillaire fin qui nous est déjà connu ; en outre, elles contiennent des cellules migratrices, des gouttelettes graisseuses et du pigment. La grande cavité renferme une autre plus petite séparée, qui reproduit exactement la structure décrite. Sur les coupes suivantes, les cavités paraissent augmentées en partie en étendue, en partie en nombre (jusqu'à 5). Comme dimensions, elles sont variables entre elles.

L'épithélium est en partie assez haut, cylindrique, en partie cubique. Dans plusieurs endroits, il manque complètement. Plus loin, les cavités diminuent en étendue et en nombre. Sur la 93^e coupe on voit de nouveau deux espaces seulement séparés par une large zone de tissu myomateux normal, sur la 100^e coupe, il n'y en a qu'un seul, l'épithélium est franchement cubique.

Les mêmes variations dans l'apparition des cavités se répètent également plus tard. Sur la 115^e coupe la cavité est restée seule considérablement augmentée. L'épithélium, devenu plus haut, revêt de plus grandes surfaces. Sur la 132^e coupe nous trouvons de nouveau quatre espaces revêtus d'épithélium et séparés les uns des autres, dont la réunion, qui existait primitivement, a disparu, sur la 141^e, il n'y en a que deux. Elles sont augmentées considérablement, visibles à l'œil nu.

Leur forme est complètement irrégulière. Il est du plus haut intérêt que, maintenant encore, ailleurs (sur d'autres points) de la préparation il y a des cavités formées différemment, en partie étendues en lon-

gueur, tantôt arrondies et avec un revêtement épithélial. Séparément, elles se montrent déjà sur la 76° coupe. Et le tissu conjonctif, riche en cellules, limitant les grands espaces, souvent multiloculaires, est entrecoupé par de pareils petits espaces.

En ce qui concerne la structure il prévaut ce qui a été dit plus haut. Sur la 200° coupe les grands espaces se rapprochent presque jusqu'à se réunir, une pareille réunion cependant n'a pas lieu; plutôt à partir de ce moment, l'étendue et le nombre diminuent de nouveau et ce n'est que sur la 230° coupe qu'elle se rapprochent de nouveau. Sur la 300° coupe nous tombons, abstraction faite de certains espaces disséminés, sur un espace long de quelques millimètres et large de quelques millimètres seulement, sur la 320° coupe, on voit un autre second à côté, et sur la 350° coupe nous trouvons par leur réunion une cavité épithéliale comprenant presque la totalité de la préparation. La cavité, correspondant en cela à la réduction de la tumeur, se rétrécit plus loin. Sur la 380° coupe, il y a encore deux espaces séparés par une large cloison de musculature. Sur la 400° coupe, ils ont le volume d'une tête d'épingle, pour disparaître avec les cavités voisines qui sont très petites complètement sur la 420° coupe.

Les fibres cellules des myomes sont devenu plus rares. Sur la dernière coupe qui est la 436°, il n'y en a que fort peu visibles au centre de la préparation, tout le reste est constitué par du tissu conjonctif.

D'après ce qui précède, il est clair que nous avons affaire ici à des éléments glandulaires au sein d'un fibro-myome du reste régulièrement construit. Ces formations glandulaires sont logées dans un tissu tout à fait analogue au tissu interstitiel de la muqueuse utérine, et correspondent en partie exactement aux glandes de cette muqueuse, en partie, elles ont subi la dilatation kystique. Dans le premier cas, nous retrouvons les tubes connus en partie droits, en partie sinueux, revêtus d'un épithélium cylindrique de hauteur moyenne. La coupe les intéresse tantôt transversalement, tantôt longitudinalement; des cils vibratiles (Flimmerhaare) on n'en trouve que sur quelques points seulement, des mitoses il n'y en a pas du tout. Par contre, ce qui frappe, c'est le noyau, qui est relativement grand. Dans le deuxième cas, l'épithélium est parfois cylindrique, haut, non cilié, parfois franchement cubique, plat. Souvent la formation épithéliale change dans la même cavité, tandis que les cellules épithéliales, seules propres, sont comme nous l'avons dit plus haut. Le fait qu'il s'agit ici, vrai-

ment, de glandes ayant subi la dilatation kystique, ressort, entre autres, du contenu des cavités. Le tissu fibrillaire fin ci-dessus mentionné, auquel sont mélangées des gouttelettes graisseuses et colorées, qui, en dehors des cellules migratrices, renferme également des cellules épithéliales détachées, doit être considéré, évidemment, comme du liquide coagulé et comme un produit de sécrétion des glandes. Les mêmes éléments se rencontrent dans les simples glandes en tube ou dans les cellules épithéliales. Même par la présence de certains de ces éléments, de la graisse et du pigment, nous avons l'explication sur l'endroit où des glandes ont été en activité. La naissance d'espaces kystiques s'explique sans peine par cette circonstance, qu'il y a dans les glandes une stase sécrétoire, gonflement sécrétoire. Les glandes ne peuvent pas évacuer leur contenu, et se laissent dilater.

Dès qu'on a trouvé des éléments glandulaires dans la petite tumeur solitaire, toute la grosse tumeur a été soumise à l'examen. Déjà, avant, on l'avait sectionnée en deux.

Loin des restes de la matrice (Fernab von Gebärmutterrest), au milieu, il y avait une nécrose centrale étendue, mais, macroscopiquement, rien d'extraordinaire.

Par la coupe sagittale, la cavité utérine située dans la partie antérieure de la tumeur avait été divisée d'une façon inégale. La plus grande partie est tombée à gauche, et la plus petite, sur la moitié droite de la tumeur, là, où, comme on se rappelle, siégeait également le myome solitaire.

La cavité utérine se présentant comme simple canal, dont on avait déjà même, avant l'opération, reconnu l'allongement, avait en tout une longueur de 11 centimètres.

A son extrémité supérieure appartenant à la moitié gauche de la tumeur, elle possédait une dépression peu profonde se terminant en cul-de-sac, courbée, dirigée en bas. Pour le reste la marche était directe. On a enlevé un tronçon (Keil) prismatique de la moitié droite de la tumeur, pour l'examen au microscope. Celui-ci renferme la base de la tumeur solitaire enlevée auparavant, et ensuite l'extrémité de la cavité plane de la matrice qu'on peut suivre encore sur une étendue de deux cent. $1/2$ au niveau du bord du tronçon.

Il reste entre la base du myome et l'extrémité macroscopique de la cavité utérine, un espace de cinq cent. $1/2$. En dehors du tronçon,

on a enlevé également, pour l'examen microscopique, plusieurs morceaux de la face postérieure, là où on peut sentir les faisceaux musculaires proéminents, enfin les deux trompes et les ovaires.

Les fragments portés de la tumeur sont du fibro-myome typique ; à ce niveau manque tout indice d'éléments glandulaires.

Les trompes, au point de vue microscopique, sont tout à fait normales. Dans les ovaires, j'ai constaté une inflammation interstitielle, ainsi qu'une atrophie forte des follicules, phénomènes décrits déjà par Bulius et Popoff. Les follicules rares qu'il y avait encore étaient en voie de destruction. Les signes de l'atrophie étaient évidents. C'est le segment inférieur, épais de deux centimètres à peu près, qui a été examiné le premier. Il y avait dans l'un de ses bords un fragment de muqueuse utérine ; en outre on a trouvé 1-3 tubes glandulaires (Drüsemchlauch) qu'on peut suivre sur 50 coupes.

Observation XXII

Allgemeine Wiener medicinische Zeitung, 1883

BABES

Des tumeurs épithéliales dans les myomes utérins

... dans la musculature du fond de l'utérus à droite, il y a un néoplasme kystique de 4 centimètres de diamètre et un autre au-dessus de lui. Ils sont séparés de la muqueuse par leur paroi épaisse et par une couche musculaire de l'utérus de 3 mm. d'épaisseur. Sur la coupe, les tumeurs paraissent composées de kystes, dont le plus grand est une cavité du volume d'une noisette remplie d'un sérum clair.

La paroi de cette cavité est constituée par de nombreux kystes à parois minces, qui, en se réduisant, se perdent dans le tissu dur des parties périphériques.

L'autre tumeur kystique, la plus petite, qui était située au-dessus de celle que nous venons de décrire, est constituée également par de nombreux petits kystes.

Les deux tumeurs sont entourées par une capsule de 1 mm.

d'épaisseur, pauvres en vaisseaux. L'examen microscopique fit voir que cette capsule était formée par un tissu conjonctif homogène, avec peu de fibres musculaires lisses. A ce niveau, on peut observer le début de la formation kystique. Les faisceaux des fibres sont fissurés par place, dissociés, et la fente (lumen) ainsi formée est remplie de cellules épithéliales petites, disposées en séries, dont les noyaux sont gros et vésiculeux. Plus on s'approche de la face interne de la paroi, plus les aires deviennent grosses et rondes, où il y a déjà des cavités revêtues d'un épithélium court, petit, à gros noyaux. Ce n'est que rarement qu'on a pu démontrer la connexion des kystes entre eux. Vers le milieu de la tumeur, les cloisons entre les kystes deviennent de plus en plus minces. Les kystes les plus volumineux aussi sont revêtus du même épithélium cylindrique court.

Observation XXIII

Un cas de kystofibrome utérin vrai

Ad. DIESTERWEG. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkologie, Bd IX 1883, p. 191

M^{me} U..., âgée de quarante ans, réglée à sa quinzième année.

Elle a eu huit enfants, le dernier au mois de septembre 1875. Son dernier accouchement, laborieux, l'a forcé à garder le lit pendant trois semaines.

Depuis l'été de 1879, la malade a observé que ses règles étaient plus profuses et plus persistantes, de sorte qu'il n'y avait qu'une semaine d'intervalle entre les périodes. Depuis le mois de février 1880, le sang était devenu plus fluide, aqueux. Des coliques fortes précédaient l'apparition des règles et cessaient avec leur apparition.

Le 26 mai 1880 la malade a été reçue à l'hôpital Bethanien. Les autres organes étaient sains. Au toucher, on constatait un écoulement abondant. En avant de l'orifice utérin, on rencontrait une tumeur grosse comme un œuf de poule, assez molle, fluctuante, arrondie.

On pouvait suivre le pédicule de la tumeur, de l'épaisseur du pouce, jusqu'à son insertion sur la paroi postérieure de la cavité utérine.

L'utérus était fortement hypertrophié, nulle part sensible, et conservait sa position normale. Les parties environnantes étaient intactes.

La tumeur a été abaissée à l'aide d'une pince de Museux et le pédicule sectionné avec les ciseaux de Siebold.

La perte de sang a été insignifiante et la marche de l'opération normale.

La malade a quitté l'hôpital le 14 juin.

Au moment de sa sortie, on a constaté une diminution énorme du volume de l'utérus. Son orifice était fermé. La sonde pénétrait à une profondeur de huit centimètres.

La tumeur, extirpée, avait la grosseur d'un œuf de poule, la surface, d'un rouge gris, ulcérée, recouverte d'un enduit purulent, se laissait déprimer à l'aide du doigt et présentait une fluctuation bien nette. Le pédicule était inséré un peu latéralement.

Sur une coupe longitudinale, la tumeur montrait une paroi à couches concentriques de un demi centimètre d'épaisseur. Dans l'intérieur il y avait une cavité remplie de sang noirâtre.

Tandis que le reste de la tumeur correspondait au caractère de fibrome, les parois des kystes se distinguaient par un aspect velouté, elles étaient lisses, mais elles étaient interrompues par des dépressions du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois, de sorte que son aspect était celui d'une cavité de cœur. A la partie supérieure et faisant saillie, dans le premier il y en avait un autre.

A l'examen microscopique, on a constaté les caractères ordinaires du myome et la présence d'un revêtement épithélial à cellules cylindriques ciliées, tapissant les deux cavités. Les cellules épithéliales sont assez hautes, possédant un noyau volumineux et un protoplasma légèrement granuleux. Les cils vibratiles sont assez longs. Audessous de ces cellules cylindriques, on trouve des couches nombreuses de cellules rondes, non développées, qui passent sans limites précises dans le tissu myomateux.

Le contenu du kyste (20 gr. à peu près), était composé par des globules rouges en partie détruits, en partie bien conservés, et de petits amas amorphes, probablement de carbonate de chaux.

Au mois de mars de cette année, deux ans après par conséquent, la malade vit apparaître ses règles de nouveau très fortes, irrégulières. Le 20 août, je l'ai revue. L'anémie était profonde, l'utérus très hypertrophié et en antéverson. La sonde y pénétrait à une profondeur de 13 centim. L'orifice utérin était fermé. Sous l'influence de l'ergotine et de tampons glycerinés, l'orifice utérin s'ouvrit dans quatre

jours, ses bords disparurent et il en sortit de nouveau une tumeur polypeuse, franchement fluctuante, qu'on pouvait contourner à l'aide du doigt sur une étendue de 3 centim. sans atteindre le pédicule. Les règles devinrent profuses et la tumeur se présenta le 10 septembre à l'orifice utérin, grosse comme le poing. Le pédicule avait l'épaisseur du pouce et était inséré sur la paroi antérieure de l'utérus.

On a extirpé la tumeur comme la première fois et la malade sortit guérie.

La tumeur mesurait 9 centim. suivant la longueur et 7 centim. suivant la largeur ; son épaisseur ne dépassait pas 6 centim. C'était encore un fibromyome, dont l'écorce avait une épaisseur de 1 centim. à faisceaux entre-croisés et avec substance intermédiaire gélatineuse. Dans la moitié inférieure on a trouvé de nouveau un kyste du volume d'une noisette. Ses parois offraient le même aspect de muqueuse, par contre, les dépressions étaient à peine dessinées. Elles étaient tapissées du même épithélium cylindrique et à cils vibratiles, et il y avait le même contenu noirâtre, sanguinolent. A côté du grand kyste on en a trouvé un autre plus petit, séparé du premier par une paroi très mince. Ce second kyste a été découvert après durcissement de la tumeur.

Réflexions. — Sans vouloir mettre en doute l'importance d'une irritation pour la formation des néoplasmes, nous pensons cependant, que dans notre cas, on ne doit pas tenir compte de cette irritation, et nous croyons, que si des hétéroplasies peuvent se montrer dans les myomes de l'utérus, le caractère irritatif de la formation myomateuse que Virchow a défendu avec tant d'énergie, doit être mis en doute ; la statistique au moins ne l'a pas encore confirmé. Nous nous croyons plutôt autorisés à admettre la présence d'un germe embryonnaire anormal pour notre cas, et peut-être pour les autres, comme le veut Cohnheim.

Observation XXIV

Archiv für Pathologie Anatomie 1895 (VIRCHOW) J. RICKER, page 202

La première tumeur avait le volume d'un pois et était située au niveau du fond de l'utérus, sous la séreuse, à égale distance entre les trompes, légèrement proéminente.

L'examen microscopique a montré qu'il ne s'agissait pas d'un myome pur, mais qu'il y avait de nombreux éléments épithéliaux.

Entre les faisceaux musculaires, il y a sur chaque coupe un grand nombre de kystes arrondis ou allongés, revêtus d'un épithélium en partie à une seule couche, en partie à plusieurs couches, tous vides et de faible grosseur. La forme de ces espaces kystiques est en rapport avec la musculature environnante, mais nulle part les faisceaux musculaires ne sont arrangés de façon à faire croire à un rapport plus intime avec les kystes et à faire croire qu'il s'agit là d'une *muscularis*.

En somme le tableau est uniforme : entre les faisceaux musculaires d'un myome pur non compliqué de tissu conjonctif, de nombreux espaces épithéliaux, revêtus d'un bel épithélium.

Une seconde tumeur se distingue de la première par la disposition de son épithélium.

Elle avait le volume d'un pois et arrivait jusqu'à la séreuse de la surface utérine, près du fond, sans faire saillie à la surface extérieure de l'organe.

La tumeur est un myome pur sans tissu conjonctif, avec des éléments épithéliaux.

Il n'y avait rien de remarquable non plus dans la direction des faisceaux musculaires.

Les faisceaux musculaires représentent comme masse les trois quart de la tumeur à peu près ; le reste est représenté par des éléments épithéliaux.

Entre les faisceaux musculaires et parallèlement à eux on trouve (des cordons) des séries, la plupart du temps longues, mais parfois courtes de cellules épithéliales très nettes à gros noyaux ovoïdes, serrées les unes contre les autres, de telle sorte que la forme cylindrique des cellules si nette dans d'autres endroits ne l'est plus ici. Il y a des bandes assez régulières et disposées alternativement de cellules musculaires et de cellules épithéliales, qui ne sont dissociés que rarement, par des faisceaux musculaires ayant une autre direction de façon qu'il en résulte des amas arrondis, petits ou grands, parfois même des groupes de cellules au nombre de 3-6.

Presque tous ces cordons épithéliaux examinés sur des coupes en série sont par opposition à l'autre tumeur, solides, et ce n'est que sur quelques endroits seulement, qu'on a pu trouver quelques petits kystes avec un épithélium cylindrique à une seule couche.

Les trois autres tumeurs peuvent être décrites ensemble. Toutes ont le volume d'une cerise, intrapariétales, tout près de la séreuse, des myomes purs qui ne contiennent du tissu conjonctif qu'au voisinage des vaisseaux. La distribution de l'épithélium est la même dans tous les myomes.

La différence avec le second myome est que les cordons solides des cellules ne présentent pas la même régularité. Ici aussi on trouve des kystes épithéliaux, mais ils sont petits, leur lumière entourée d'une ou de plusieurs couches d'épithélium cylindrique est très étroite et arrondie. Une tumeur présente à son centre un kyste assez grand. Il présente plusieurs dépressions et est revêtu d'un épithélium cylindrique. L'intérieur du kyste est complètement rempli d'une matière incolore nucléaire.

Des pareils restes de noyaux détruits se trouvent en grande quantité entre l'épithélium cylindrique de la paroi. Des cils vibratiles il n'y en a pas. Ce kyste est également dépourvu d'une muscularis.

CONCLUSIONS

Comme conclusions nous formulons les suivantes :

1° Il y a deux variétés de kystes dans les fibromes de l'utérus, des pseudo-kystes sans parois propres et sans revêtements particuliers et des kystes à parois propres revêtus d'un endothélium et d'un épithélium.

2° Nous acceptons comme démontrée l'existence des kystes aux dépens des canaux de Gartner, du corps de Wolff et des glandes de la muqueuse.

3° Le développement de ces tumeurs est constant.

4° Nous considérons comme des tumeurs malignes, non pas par elles-mêmes (sauf le sarcome) mais par leurs conséquences.

5° Nous acceptons que presque toutes les tumeurs lymphangiectasiques sont sarcomateuses.

6° L'intervention doit être hative.

7° Il faut faire l'hystérectomie abdominale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- LÉOPOLD et FEHLING. — (Myosarcome lymphangiectode de l'utérus).
(Archiv. fur Gynäkologie, Berlin 1875.)
- ZIEGENSPECK. — Centralblatt fur Gynäkologie, 1891.
- E. SCHWARZ. — Archiv. fur Gynakologie, 1881.
- ZWEIFEL. — Centralblatt fur Gynakologie, 1895.
- POZZI. — Bulletin et mémoires de la Société de chirurgie de Paris,
tome XIII, 1887, p. 489.
- MÜLLER. — Archiv. fur Gynäkologie, Berlin 1887.
- MATLAKOWSKI. — Gazetta lekarska, 1891, n° 47, 48. Warschava.
- HAUSER Munchener med. Wochenschrift, 1893.
- G. RICKER. — Archiv. f. path. Anatomie Virchow, 1895.
- SEVASTOPOULO. — Thèse de Paris 1875 « fibromes de l'utérus. »
- VIRCHOW. — Geschwülste.
- CRUVEILHIER. — Anatomie pathologique générale, 1856.
- HEINRICH ROSEMAN. — Inaug. Dissert. Wurzburg, 1890.
- LÉOBOLD. — Archiv. fur Heilkunde Bd. XIV (14).
- SCHOTTLANDER. — Zeitschrift f. Geburtshulfe und Gynäkologie, 1893.
- MENGE. — Centralblatt fun Gynäkologie, 1895.
- UTER. — Centrabl. f. Gynakologie, 1892.
- MARTIN. — Centrabl. f. Gynäkologie, 1888.
- DIESTERVEG. — Zeitechrift fur Geburtshulfe unp Gynäkologie, 1883.
- BAEUS. — 1894.
- ANDERSON et EDMANSON. — Virchow-Hirsch, 1869.
- RECKLINGHNUSEN. — Die Adenomyome und Cystadenome des uterus,
und Tuben, 1896.
- KLEBS. — Patholog. Anatomie 1863.
- POZZI. — Gynäkologie.
- LEGUEU. — Gynäkologie.
- FISCHEL. — Archiv. f. Gynäk. Bd 24.
- GOTHEHALK. — Gynäkologie.

- SCHROED. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1890.
PÉAN. — Hysterectomie, Paris 1873.
KOEBERLÉ. — Gazette hebdomadaire de méd. Paris 1869.
KNAUER. — Centralblatt f. Gynék. 1895.
BABES. — Allgemeine Wiener med. Zeitung, 1883.
GROSSKOPF. — Zur kenntniss der Cystomyome des uterus München,
1884.
VEIT. — Handbuch f. Gynäkologie.
LOHLEIN. — Centralblatt f. Gynäkologie, 1889.
R. MEYER. — Zeitschrift f. Geburtsk. Gynäk. Bd 37.
GUSSEROV. — Neubildungen des uterus, 1878.
HEER. — Uber fibrocystom des uterus, Zurich, 1874.
KLOB. — Path. Anat. des weiblichen sexualorgane.

En outre on doit consulter les auteurs signalés dans la thèse.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 juillet 1900.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
HAMELIN.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 11 juillet 1900.
Pour le Recteur,
Le Vice-président du Conseil
de l'Université,
F. CASTETS.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
